

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA



GÉNERO Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON VIH/SIDA  
DE ESNITSS EN EL HOSPITAL GOYENECHE

Tesis presentada por las bachilleres:

CHESTERTON CHIRINOS, Tania

ESPINOZA MAMANI, Mary Carmen

Para obtener el título Profesional de

Licenciada en Psicología

AREQUIPA-PERU

2016

*“Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana”.*

*Carl G. Jung*

*“Yo no estudio para saber más, sino para ignorar menos”.*

*Sor Juana Inés de la Cruz*



## Dedicatoria

*A mi madre por enseñarme a través del tiempo que no hay mejor recompensa que la brindada por el esfuerzo y la perseverancia.*

*A mis amigos que siempre están ahí para apoyarme de mil maneras.*

*A los pacientes con VIH participantes de esta investigación, que nos ayudaron a ver de forma más humana esta realidad, que sobrellevan la enfermedad y cuya verdadera lucha es contra el estigma social.*

***Tania Chesterton Chirinos.***

*A Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas.*

*A mis padres por su esfuerzo constante, apoyo incondicional y enseñanzas a lo largo de todos estos años.*

*Al motor y motivo de mis días, mi hija Oriana, quien supo darme la mano y caminar junto a mí en esta fase de crecimiento profesional.*

*A todos los pacientes que colaboraron con nuestra investigación y nos dieron una lección de vida.*

***Mary Carmen Espinoza Mamani***

## Agradecimiento

*Al personal de ESNITTS del Hospital Goyeneche, ya que no solo nos apoyaron con esta investigación, sino que nos mostraron que el verdadero trabajo con el paciente siempre debe estar acompañado de empatía, paciencia, respeto y cariño.*

*Gracias a los enfermeros de ESNITSS, Yarkony y Enrique.*





## Índice

<b>Resumen</b> .....	7
----------------------	---

<b>Abstract</b> .....	8
-----------------------	---

### **Capítulo I Marco teórico**

Introducción.....	10
-------------------	----

Problema de investigación.....	13
--------------------------------	----

Interrogantes.....	13
--------------------	----

Variables.....	14
----------------	----

Objetivos.....	15
----------------	----

Antecedentes teórico – investigativos	
---------------------------------------	--

Género .....	16
--------------	----

Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (VIH/SIDA).....	17
--	----

ESNITSS.....	29
--------------	----

TARGA.....	31
------------	----

Estrés y Estilos de Afrontamiento.....	32
--	----

Hipótesis.....	48
----------------	----

### **Capítulo II Diseño Metodológico**

Tipo de investigación.....	50
----------------------------	----

Técnicas e instrumentos.....	50
Estrategia de recolección de datos.....	52
Población y muestra.....	53
Criterios de procesamiento de información.....	54

### **Capítulo III Resultados**

Descripción de resultados.....	57
Discusión.....	75
Conclusiones.....	81
Sugerencias.....	83
Limitaciones.....	85
Referencias.....	86

### **Anexos**

Anexo 1 – Cuestionario de modos de afrontamiento COPE .....	94
Anexo 2 - Ficha de datos .....	96

## Resumen

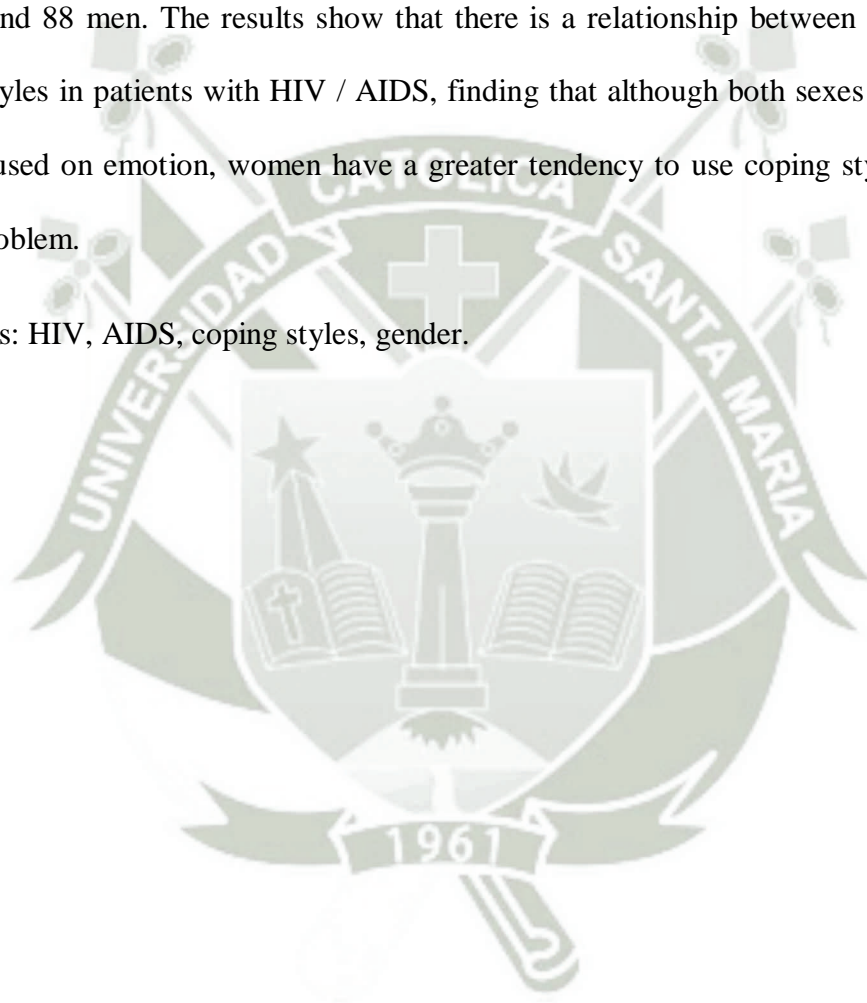
El propósito de este estudio fue determinar la relación existente entre el Género y los Estilos de Afrontamiento de los pacientes con VIH/SIDA. Se utilizó el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) Forma Disposicional de Carver, Sheier y Weintraub (1989), y una ficha de recolección de datos diseñada por las investigadoras. Se aplicaron los cuestionarios a un total de 117 pacientes con VIH/SIDA del Programa ESNITSS del Hospital Goyeneche, siendo 29 mujeres y 88 hombres. Los resultados obtenidos demuestran que existe una relación entre género y estilos de afrontamiento en los pacientes con VIH/SIDA, encontrándose que si bien ambos sexos utilizan el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, las mujeres tienen una mayor tendencia al uso del estilo de afrontamiento centrado en el problema.

Palabras clave: VIH, SIDA, estilos de afrontamiento, género.

### Abstract

The purpose of this study was to determine the relationship between gender and coping styles of patients with HIV / AIDS. The Questionnaire Stress Coping Modes (COPE) Dispositional Form Carver, Sheier and Weintraub (1989), and a data collection sheet designed by the researchers was used. Questionnaires were applied to a total of 117 patients with HIV / AIDS from the Goyeneche Hospital ESNITSS Program, with 29 women and 88 men. The results show that there is a relationship between gender and coping styles in patients with HIV / AIDS, finding that although both sexes use coping style focused on emotion, women have a greater tendency to use coping style focused on the problem.

Keywords: HIV, AIDS, coping styles, gender.







## **CAPITULO I**

### **Marco Teórico**

## Introducción

El VIH/SIDA es un problema importante de salud pública desde sus inicios en el año 1981, ya que es una de las enfermedades con mayor impacto en la historia; decidimos realizar la presente investigación basándonos en lo señalado por Hunt, Jacques, Niles y Wierzalis, (2003; citado por Eguiluz, 2009) ya que una vez que la persona ha sido diagnosticada con VIH/SIDA, se enfrenta a situaciones sumamente complicadas, lo cual produce alteraciones en su estado de ánimo, estrés, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, sentimientos de venganza contra sí mismo, y/o contra la persona que posiblemente la contagio, asimismo se enfrenta a tratos discriminatorios ya sea a nivel laboral, familiar, e incluso en el sistema de salud. Existen diversas situaciones que bien podrían resultar altamente estresantes y por consiguiente difíciles, lo cual genera en los pacientes que tengan una percepción y una representación de un “futuro incierto”, las vivencias negativas que lo acompañan y el no disponer de suficientes redes de apoyo para hacer frente a ese evento, son preocupaciones reiteradas en estas personas.

Asimismo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su progresión a síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) origina en los pacientes un deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales, ya que principalmente determina una declinación en la sensación de bienestar. Pese al considerable esfuerzo realizado en los últimos años en mejorar el tratamiento de la infección por VIH, todavía hay un conocimiento limitado sobre el impacto del tratamiento y de la progresión de la enfermedad sobre la calidad de vida relacionada con la salud. (García 2001; citado por Eguiluz, 2009)

El Consejo Internacional de Organizaciones con Servicios en SIDA (ICASO) el año del 2007 señala que la falta de conocimiento sobre el VIH/SIDA es un factor que

contribuye a la vulnerabilidad. Las normas de género que demandan la pasividad de las mujeres en temas sexuales muchas veces restringen su acceso a los servicios de prevención incluso cuando están disponibles. De la misma manera los hombres están condicionados en muchas culturas a creer que ellos tienen derecho de adoptar comportamientos sexuales de mayor riesgo. Sin embargo sin un conocimiento adecuado de la prevención del VIH, esos comportamientos ponen a un gran número de hombres y sus parejas en riesgo.

Las normas socioculturales muchas veces delimitan responsabilidades y roles en cuanto al género, lo cual afecta el acceso y uso de los servicios de salud por parte de hombres y mujeres. La discriminación con base en los roles de género y sexualidad continúa con el paso del tiempo, asimismo las normas de género atribuyen distintos roles productivos y reproductivos a mujeres y hombres a través de las construcciones sociales de masculinidad y feminidad (roles comportamientos “apropiados” para mujeres y hombres respectivamente) que varían de acuerdo a la clase, etnicidad, sexualidad y edad en cada sociedad. (Valdés T. y Olavarría J., 2010)

Es por ello que las personas diagnosticadas con VIH/SIDA se enfrentan ante diversas situaciones que los exponen de manera directa; Lazarus y Folkman (1986) plantean que en el afrontamiento del estrés ante situaciones estresantes, las personas despliegan unos “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” Estos mecanismos de afrontamiento, que a la vez sirven para manipular el problema en sí, son esenciales para regular las respuestas emocionales que pueden aparecer ante circunstancias estresantes.



Los estilos de afrontamiento se identifican como variables cognitivas susceptibles de evaluación y modificación, asimismo son una vía mediadora en la adaptación de los pacientes cuando pasan eventos con una alta carga de estrés, lo cual está directamente relacionado con las enfermedades crónicas y/o terminales.

Los procesos de afrontamiento pueden afectar la magnitud del malestar que experimenta dicha enfermedad y las intervenciones psicológicas pueden reducir su angustia. Un mal afrontamiento como el hecho de negar la realidad o aferrarse a una esperanza ilusoria, se asocia a niveles elevados de malestar psicológico. (Brannon y Feist, 2001)

Valdés (2012) señala que el afrontamiento de una enfermedad crónica o incurable es un proceso difícil, desde el inicio con el diagnóstico, como a lo largo de todo su desarrollo. Las personas afectadas tienen que asumir que la padecen y aprender a vivir con ella. Tras el diagnóstico de la enfermedad, aparecen muchos sentimientos como, vulnerabilidad, miedo, tristeza, preocupación por su salud y por su entorno, incertidumbre ante el futuro o impotencia. Otras personas sienten decepción y se autocompadecen o se enfadan consigo mismas y con las personas que la rodean y a quien quieren. Cada persona reacciona de forma diferente, por lo tanto estos sentimientos son normales y forman parte del inicio del proceso de afrontamiento.

Debido a que en nuestro medio se han encontrado pocos estudios hechos con la población de pacientes con VIH/SIDA y no se han encontrado estudios que establezcan las diferencias entre estilos de afrontamiento y género hemos optado por ampliar el conocimiento en base a esta relación, para así posteriormente presentar nuestros resultados a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA del Hospital Goyeneche para que puedan diseñar e implementar intervenciones



interdisciplinarias con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes que reciben TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) de acuerdo a sus necesidades, del mismo modo esta investigación nos ofrece una oportunidad única de valorar los estilos de afrontamiento que utilizan día a día con respecto a su condición de salud y concientizar a los psicólogos en el campo clínico y de la salud, médicos en tu trato directo con el paciente y familiares de los mismos respecto al trato adecuado que se debe dar a las personas en base a las diferentes características que se han tomado en cuenta al momento de analizar la problemática planteada en esta investigación.

### **Problema de Investigación**

¿Existe relación entre los estilos de afrontamiento y el género de los pacientes con VIH/SIDA con TARGA en el Hospital Goyeneche?

### ***Interrogantes Secundarias***

¿Qué Estilo de Afrontamiento usan más los pacientes con VIH/SIDA que reciben TARGA en el Hospital Goyeneche?

¿Cuál es la relación existente entre los Estilos de Afrontamiento y la edad?

¿Cuál es la relación existente entre los Estilos de Afrontamiento y el estado civil?

¿Qué relación existe entre los Estilos de Afrontamiento y el nivel de escolaridad?

¿Cuál es la relación existente entre los Estilos de Afrontamiento y la ocupación?

¿Cuál es la relación existente entre los Estilos de Afrontamiento y la orientación sexual de los pacientes?

¿Qué relación existe entre los Estilos de Afrontamiento y el tiempo de diagnóstico?

¿Cuál es la relación existente entre los Estilos de Afrontamiento y el tiempo de TARGA?

¿Cuál es la relación existente entre los Estilos de Afrontamiento y los pacientes con carga familiar?

## **Variables**

### **Variable 1:**

Género: Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (Organización Mundial de Salud).

Este dato se obtendrá mediante una ficha elaborada por las investigadoras que se hará llenar a las personas con la enfermedad de VIH pertenecientes al ESNITTS del Hospital Goyeneche.

### **Variable 2:**

Estilos de afrontamiento: Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, los cuales se dividen en tres tipos: Estilo de afrontamiento centrado en el problema, Estilo de afrontamiento centrado en la emoción y Estilo de afrontamiento de huida - evitación.

Dicha información se obtendrá mediante la aplicación del Cuestionario de Modos de Afrontamiento al estrés (COPE) Forma Disposicional de Carver

(1986). El cual mide afrontamiento enfocado al problema y afrontamiento enfocado a la emoción y afrontamiento de huida – evitación.

## Objetivos

### *Objetivo General*

Determinar la relación existente entre el Género y los Estilos de Afrontamiento de los pacientes con VIH/SIDA de ESNITSS del Hospital Goyeneche.

### *Objetivos Específicos*

Determinar qué estilo de afrontamiento usan más los pacientes con VIH/SIDA del ESNITSS del Hospital Goyeneche.

Establecer la relación existente entre los estilos de afrontamiento y la edad.

Verificar la relación existente entre los estilos de afrontamiento y el estado civil.

Comprobar la relación existente entre los estilos de afrontamiento y escolaridad.

Identificar la relación existente entre los estilos de afrontamiento y la ocupación.

Establecer la relación existente entre los estilos de afrontamiento y la orientación sexual de los pacientes con VIH/SIDA.

Evidenciar la relación existente entre los estilos de afrontamiento y el tiempo de diagnóstico.

Verificar la relación existente entre los estilos de afrontamiento y el tiempo de TARGA.

Identificar la relación existente entre los estilos de afrontamiento y la carga familiar.



## ANTECEDENTES TEÓRICOS – INVESTIGATIVOS

### Sexo y género, identidad de género y rol de género

Muchos escritores usan los términos sexo y género como sinónimos, pero cada uno tiene significado específico. **Sexo**: designa la feminidad o masculinidad biológicas, el sexo biológico tiene dos aspectos, *sexo genético*, que está determinado por los cromosomas sexuales y *sexo anatómico*, se refiere a las diferencias físicas que distinguen a varones y mujeres. **Género**, es un concepto que abarca significados psicológicos especiales agregados a la feminidad y la masculinidad biológicos. Por tanto si bien el sexo a varios atributos físicos (cromosomas, pene, vulva y otros), el género se refiere a las características psicológicas y socioculturales asociadas con el sexo, es decir a la masculinidad o feminidad. (Crooks y Baur, 2009)

*Identidad y rol de género*; la identidad de género indica el sentido subjetivo de ser varón o mujer. En los primeros años de vida casi todos nos damos cuenta de que somos varones o mujeres, pero no garantiza que esta identidad corresponda al sexo biológico y hay quienes sienten gran confusión al intentar identificar su masculinidad o feminidad; *el rol de género* (llamado a veces erróneamente rol sexual) designa una serie de actitudes y conductas consideradas normales y apropiadas en una cultura para individuos de un sexo en particular. Los roles crean expectativas de ciertos comportamientos sexuales que la gente debe cumplir. La conducta socialmente apropiada para un hombre se le llama masculina, mientras que se identifica como femenina a la conducta apropiada para una mujer. Las expectativas acerca de los roles de género están definidas culturalmente y cambian de una sociedad a otra. (Crooks y Baur, 2009)



## **Virus De La Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia**

### **Adquirido (VIH/SIDA)**

Con frecuencia se utiliza la palabra SIDA de manera incorrecta como un término generalizado para la infección por el virus del SIDA. Las personas con infección por VIH no tienen SIDA necesariamente. El SIDA es solo una etapa de una serie completa de sucesos en la infección por VIH, no muestran síntomas evidentes a lo largo de un tiempo prolongado, llamado periodo asintomático. Cuando comienzan a mostrar síntomas de un sistema inmunitario debilitado se dice que se encuentran en el periodo sintomático inicial o temprano. Este periodo se denominaba CRS o complejo relacionado con el SIDA (Gatell, 2000). El mismo autor nos indica que la definición de SIDA ha cambiado. Antes de 1993 se definía en términos de la presencia de un diagnóstico determinante de SIDA. Desde 1993 la definición de SIDA se ha vuelto más liberal. En la actualidad, el SIDA se define por la infección por VIH y una cuenta de células CD4 de 200 o menor. La cuenta de celular CD4 es una medida de vigor del sistema inmunitario. Una cuenta de 200 o menos significa que el cuerpo es más susceptible a una complicación.

A medida que la infección progresa, la destrucción del sistema inmunitario tiene, como consecuencia, un aumento en la replicación viral. Esta replicación acelerada permite mayor generación de mutantes, con lo que la posibilidad de evasión viral y la generación de variantes más sicopáticas aumenta. La elevación de la carga viral y la rápida caída de la cifra de linfocitos CD4 son los marcadores de una replicación “salvaje” del virus en ausencia de mecanismos de control inmunológico. Al igual que otros virus, el VIH necesita parasitar otras células para poder reproducirse. El virus del sida afecta a las células CD4, un tipo especial de linfocitos. Estas células son las

encargadas de fabricar anticuerpos específicos para combatir los agentes patógenos que diariamente acceden al organismo. En forma paulatina, las células CD4 invadidas van deteriorándose o muriendo, de manera que el sistema inmunitario se debilita, así, el individuo queda indefenso ante los agentes patógenos. El VIH, pues, no origina de modo directo ninguna enfermedad, sino que deja al organismo vulnerable ante patologías que, en condiciones normales, no afectarían gravemente la salud de un individuo. Son las llamadas enfermedades oportunistas. (Alcami, 1990; citado por Gatell, 2000)

Según Gatell (2000) indica que el SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) constituye un conjunto de síntomas caracterizado por una deficiencia del sistema inmunitario. El carácter “adquirido” del SIDA remarca el hecho de que no se transmite por vía hereditaria, sino que se contrae en momento concreto de la vida. El agente causante del SIDA es el VIH (Virus de inmunodeficiencia humana). El primer caso documentado de SIDA se diagnosticó en 1979 en la ciudad de Nueva York. Hasta el momento, el origen es desconocido, lo que quizá ha contribuido a incrementar la sensación de amenaza en la población.

**Transmisión del VIH.** Si una persona con conductas de riesgo para adquirir la infección por VIH acude a la consulta y previamente es seronegativo o desconoce si puede estar infectado por VIH, se debe realizar una prueba de ELISA. Si ésta es positiva, debe confirmarse con otra prueba de ELISA u otra, más específica como el Western Blot o la Inmunofluorescencia. Si el resultado es negativo, debe monitorearse durante este tiempo. (Gatell, 2000)

**Transmisión sexual.** Desde que se inició la epidemia, se observó que una de las vías de transmisión del VIH estaba muy ligada a las relaciones sexuales, el VIH puede pasar con facilidad de un individuo a otro si los fluidos genitales infectados, tanto del varón como de la mujer entran en contacto con las micro-heridas que con frecuencia se producen durante la penetración. No todas las prácticas sexuales implican el mismo riesgo de exposición al virus del SIDA. Una de las conductas de riesgo más alto es el coito anal, en especial para el individuo receptor. En esa práctica se origina un mayor número de estas lesiones, que pueden ser imperceptibles. Los contactos buco-genitales pueden suponer cierto riesgo, mayor para el miembro que realiza la felación. Esa persona puede infectarse si el semen, el líquido pre-seminal o el flujo vaginal de su pareja penetra en pequeñas heridas o llagas de su boca o tracto digestivo. Asimismo, las relaciones orales sin eyaculación implican riesgo, aunque en menor medida.

**Transmisión sanguínea.** En los usuarios de drogas inyectadas, el VIH alcanza prevalencias importantes. La infección se produce al compartir jeringuilla, aguja u otros útiles de inyección. En esta población la evolución de virus puede ser especialmente agresiva si se presentan reinfecciones, adquiriendo mayor cantidad de dosis víricas y nuevas cepas del virus. Las consecuencias de las reinfecciones son las aceleraciones del proceso infeccioso y una mayor dificultad para el tratamiento farmacológico. De igual forma dentro de este tipo de transmisión está la transmisión por trastorno de coagulación, por transfusión de sangre y por trasplante de órganos.

**Transmisión vertical.** La infección por VIH debida a la transmisión madre-hijo supone 90% de las infecciones producidas entre los niños menores de 15 años. En la actualidad sabemos que la transmisión del VIH madre – hijo puede ocurrir a través de la placenta durante la gestación, en el parto o en la lactancia. Para saber con certeza si la



madre ha transmitido el virus del SIDA al hijo, deben transcurrir al menos 18 meses. Entre el 60 y 70% de los niños eliminan los anticuerpos antes del sexto mes de vida, mientras que entre el 30 y 40% restante desarrolla la enfermedad. Si la madre se controla medicamente en forma correcta, el riesgo de transmisión se reduce de modo notable. (Valverde, 1996; citado por Gatell, 2000).

**Pronóstico de vida en personas con VIH / SIDA.** Los estudios han demostrado que la mitad de quienes tienen infección por VIH desarrollará SIDA de ocho a diez años después de haberse infectado, y la mayoría de las personas restantes tendrá pruebas de laboratorio de un sistema inmunitario debilitado. Los mismos estudios demostraron que los pacientes vivían un año o más después del diagnóstico de SIDA. Estos estudios se realizaron antes de que se dispusiera tratamiento alguno. Actualmente se sabe que nuevos medicamentos y nuevos tratamientos están siendo desarrollados con tanta rapidez que no es posible predecir el tiempo promedio entre la infección por VIH y el SIDA; solo sabemos que el tiempo es más largo. El promedio para las personas que no habían recibido tratamiento era de ocho a diez años, algunas progresaban con más rapidez a la etapa de SIDA; otras tardaban más tiempo. Estudios médicos muestran hoy en día que entre 10 a 15% de las personas con infección por VIH no tendrá síntomas cuando menos durante 20 años, incluso sin tratamiento. Según Gatell (2000) el pronóstico, a partir de entonces, al menos en los pacientes no tratados con antirretrovirales, suele ser malo. La probabilidad de sobrevivir a los 3 años del diagnóstico del SIDA es inferior al 15-30%, el 20% todavía puede persistir relativamente asintomático y el 30% desarrollar SIDA al cabo de 1-3 años.



**Etapas de infección.** Desde el momento de la infección, y conforme se va desarrollando el virus en su organismo, el individuo portador atraviesa por distintas fases propuestas por Gatell (2000):

***Infección inicial.*** También conocida como fase precoz o aguda. El organismo reacciona frente al virus del SIDA como lo haría ante cualquier agente extraño, por medio de una respuesta inmunitaria. El sistema inmunitario humano crea anticuerpos específicos contra el VIH. La evolución del virus depende de la envergadura de la dosis, la virulencia de la cepa del virus infectante y la resistencia natural de los individuos.

***Periodo ventana.*** Hasta que no transcurren entre dos y tres meses desde la práctica de riesgo, resulta muy difícil determinar si el individuo expuesto se ha infectado o no. No obstante, si el sujeto está infectado, puede transmitir el virus desde el primer momento.

***Fase asintomática.*** En esta etapa la persona infectada no experimenta ningún síntoma ni enfermedad. Puede transmitir el VIH si realiza prácticas de riesgo. Una vez dentro del organismo humano, el VIH se puede reproducir a velocidades muy dispares. Se trata de un periodo indeterminado, que puede durar desde unos meses hasta muchos años. De hecho, hay personas que permanecen asintomáticas hasta quince años, o fallecen por causas naturales.

***Fase sintomática.*** Existen dos criterios que determinan el paso de seropositivo a enfermo de SIDA: la aparición de enfermedades oportunistas como consecuencia del estado inmunológico deprimido, y el descenso de las defensas del paciente (células CD4) por debajo de 200 / mm<sup>3</sup>.

**Tipos de pruebas.** El Departamento de Infección y Transmisión Sexual, SIDA y Hepatitis, nos detalla los siguientes tipos de pruebas para el diagnóstico de VIH/SIDA.

***Prueba Rápida.*** Esta prueba recibe este nombre porque permite la detección de anticuerpos contra el VIH en la muestra de sangre del paciente en un máximo de 30 minutos. Por eso, puede realizarse en el momento de la consulta. Las pruebas rápidas permiten que el paciente, en el mismo momento en que hace la prueba, conozca los resultados y reciba el asesoramiento previo y posterior a la prueba. La prueba rápida se adopta preferentemente para poblaciones que viven en lugares de difícil acceso, para embarazadas que no hayan hecho el seguimiento prenatal y en caso de accidentes laborales.

***Prueba de ELISA:*** Es la más utilizada para el diagnóstico del VIH. Consiste en la búsqueda de anticuerpos contra el VIH en la sangre del paciente, y la realizan profesionales de laboratorio. Si una muestra no presenta ningún anticuerpo, se le entrega al resultado negativo al paciente. Si se detectara algún anticuerpo contra el VIH en la sangre, sería necesario realizar otra prueba adicional para confirmar.

***Prueba de Western Blot.*** El Western Blot tiene un costo elevado y es una prueba de confirmación, es decir, se usa cuando la prueba de Elisa da un resultado positivo. En el Western Blot los profesionales del laboratorio buscan fragmentos del VIH, el virus causante del SIDA.

***Prueba de inmunofluorescencia indirecta para el VIH.*** La prueba de inmunofluorescencia indirecta para el VIH es también una prueba de confirmación que permite detectar los anticuerpos contra el VIH. El suero o del plasma del paciente se añade a un portaobjetos de vidrio que contiene células infectadas con el VIH, fijadas en

las cavidades. Tras una serie de etapas en que se añaden distintos tipos de reactivos, el resultado se obtiene mediante lectura en un microscopio de inmunofluorescencia.

**Tratamiento.** Gatell (2000) nos indica que el principio del tratamiento antirretroviral es suprimir al máximo la replicación del VIH con la finalidad de permitir que el sistema inmunitario no continúe deteriorándose, sino que se recupere. Con ello se consigue evitar la progresión clínica (reducción en la incidencia de infecciones oportunistas y neoplasias asociadas con el SIDA) y aumentar la supervivencia. Si se consigue suprimir al máximo la replicación viral utilizando técnicas ultrasensibles y mantener el tratamiento con buena adherencia, esta situación puede mantenerse al menos 3-4 años (posiblemente más) sin que se seleccionen resistencias. Durante varios años, la AZT ha sido el único fármaco antirretroviral que ha sido capaz de mejorar la supervivencia de los pacientes con SIDA.

Para combatir el VIH es necesario utilizar un mínimo de tres antirretrovirales combinados, dos de ellos de clases diferentes, que podrán combinarse en un único comprimido. El tratamiento es complejo y requiere seguimiento médico para evaluar las adaptaciones del organismo al tratamiento, sus efectos secundarios y las posibles dificultades para seguir correctamente las recomendaciones médicas, es decir, la adherencia al tratamiento. Por eso, es fundamental mantener el diálogo con los profesionales sanitarios, comprender todo el esquema del tratamiento y despejar cualquier duda.

**Situación Actual de la enfermedad en Perú.** Según Sausa (2014), en su investigación para el diario Perú 21 realizada en Agosto del 2014 nos señala que



el VIH/SIDA no retrocede. Pese a los logros del Perú en la reducción de las muertes por el virus y el acceso cada vez más eficiente de los pacientes a los tratamientos con antirretrovirales, aún no se puede disminuir la tasa de transmisión de la enfermedad. Cada año hay nuevos casos y las personas que más contraen el virus son varones jóvenes, de entre 15 y 25 años, que tienen muchas parejas sexuales y no usan protección.

Según el Ministerio de Salud, hasta setiembre del 2014 se diagnosticó 2,348 nuevos casos de VIH y 791 de sida, con lo cual la cifra acumulada de VIH y sida, desde 1983, aumentó a 54,611 y 32,221, respectivamente. Sin embargo, Carlos Benítez Villafane, coordinador de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS y VIH/SIDA del Ministerio de Salud (MINSA), dijo que se estima que hay 65 mil personas viviendo con el VIH en el Perú en estos días, pero solo la mitad tiene un diagnóstico. “El resto no se da cuenta. Dado que la enfermedad se mantiene sin síntomas por mucho tiempo, mucha gente vive sin saber que el mal avanza”, anotó.

ONUSIDA (2015) nos indica que las estimaciones sobre el VIH/SIDA en nuestro país son que en el programa TARGA hay un aproximado de 32871 personas de los cuales un 76,13% son varones y un 23,87% son mujeres. Un 67,93% son jóvenes adultos. La mayor concentración de pacientes está en la ciudad de Lima con 20285 personas infectadas, seguido por Callao con 2080 y Loreto con 1507; el restante de pacientes distribuidos en los demás departamentos del Perú. También nos indican que un 97% se contagió por vía sexual, un 2% vertical y un 1% vía parental.

**El impacto psicológico sobre el paciente con VIH.** Fife (1984; citado por Brannon y Feist, 2001) refiere que, todos los pacientes deben afrontar la enfermedad, aunque la



tarea no resulta fácil. De hecho, deben manejar los síntomas de la misma, conjuntamente con el estrés que produce el tratamiento. Las interacciones con el sistema sanitario tienden a privar a las personas no solo de una sensación de competencia y control, sino de sus derechos y privilegios; en otras palabras, el cuidado de la salud hace que los pacientes se sientan tratados como “no personas”. La pérdida del control personal y la amenaza a la autoestima son dos de los cambios que los pacientes con enfermedades crónicas deben afrontar. La enfermedad produce sensaciones de vulnerabilidad y pérdida de control sobre acontecimientos futuros, al tiempo que introduce modificaciones en la manera de que otros consideran al paciente y en la idea de estos tienen de sí mismos. Debido a la evolución con que cursan las enfermedades crónicas, las personas que las padecen experimentan ciertos problemas que los pacientes con enfermedades agudas no deben enfrentar. Las investigaciones destinadas a evaluar el funcionamiento de grandes muestras de pacientes con una gran variedad de enfermedades crónicas establecieron que estos pacientes exhibían un peor funcionamiento social y físico, tenían una salud mental deteriorada y experimentaban mayor dolor que los pacientes sin estas enfermedades. Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor y Falke (1992) indican que las personas con enfermedades crónicas tienden a adoptar una serie de estrategias de afrontamiento para tratar sus enfermedades, incluyendo intentos para centrarse en aspectos positivos de éstos. Además de destacar lo positivo, los pacientes que experimentaban el menor malestar emocional solían buscar apoyo social y distanciarse emocionalmente de su propia enfermedad. Aquellos que experimentaban una mayor pesadumbre tendían a afrontar a enfermedad, utilizando estrategias de evasión cognitivas o conductuales, como el hecho de desear que la situación desapareciese o evitándola mediante prácticas tales como una administración errónea de los fármacos o el abuso del alcohol o alimentación.

Las personas quienes conviven con el VIH/SIDA enfrentan los factores estresantes generales de los enfermos crónicos y pueden enfrentar factores de estrés adicionales propios del VIH/SIDA, por ejemplo la incertidumbre adicional y la necesidad de tomar decisiones debido a los desarrollos rápidamente cambiantes o visión sobre el tratamiento, la persistencia de la capacidad de infectarse, la obligación de realizar grandes cambios de conducta (p. ej., la conducta sexual), el sufrimiento de anticipación y el estigma excesivo vinculado con la enfermedad. La calidad de vida del paciente con VIH está gravemente comprometida, sobre todo en las etapas iniciales de la enfermedad, debido al dolor (experimentado por 30-90% de los Pacientes con VIH), las molestias, y las dificultades de movimiento (Huques, 2004; citado por Marks, 2008). De esta manera los pacientes crónicos presentan necesidades fisiológicas, sociales y emocionales distintas de la que tienen las personas sanas de manera que tienen que encontrar algún modo de satisfacerlas para afrontar el proceso. En ocasiones, los profesionales de la salud y las personas que atienden a dichos pacientes descuidan las necesidades sociales y emocionales de estos, atendiendo básicamente sus requerimientos físicos. Los psicólogos de la salud y los grupos de apoyo ayudan a cubrir las necesidades emocionales relacionadas con las enfermedades crónicas. Si bien ciertos elementos son comunes a todas las enfermedades crónicas, existen ciertos problemas especiales en las personas que viven con enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, SIDA, y la enfermedad de Alzheimer. (Brannon, 2001)

***El impacto en la familia.*** Según Brannon (2001), las enfermedades crónicas no solo afectan a las personas que las padecen sino también a sus familiares y amigos. A diferencia de lo que ocurre con las enfermedades infecciosas que duran relativamente un tiempo corto, las enfermedades crónicas pueden perdurar durante años. Las

enfermedades crónicas de larga duración suelen provocar una crisis en la familia de las personas, cambiando la manera en que los pacientes se ven asimismo, generando problemas económicos e interrumpiendo la dinámica familiar. Los padres con enfermedades crónicas también pueden experimentar cambios que generan problemas en la relación con sus hijos, estos cambios suelen ser muy acusados cuando los padres padecen una enfermedad terminal. Como una parte más el rol de enfermo, el padre puede perder autoridad ante su hijo, o bien el padre puede pasar por alto un mal comportamiento de sus hijos, a causa de su enfermedad. Los hijos pueden no consultar al padre enfermo ante cualquier inquietud para no preocuparle, aumentando el aislamiento. De hecho los hijos pueden sentirse aún más incómodos que los adultos ante un enfermo y, como resultado pueden modificar su comportamiento hacia los padres enfermos. De hecho temen los cambios que experimenta la vida familiar, así que su papel en el seno familiar puede modificarse como resultado de la enfermedad de uno de los padres. Los hijos pequeños pueden incluso sentir culpabilidad por la enfermedad de su padre, ya que no comprenden que el desarrollo de la enfermedad no tiene nada que ver con un posible mal comportamiento suyo y pueden incluso temer que su otro progenitor enfermo.

***Repercusión Social del VIH/SIDA.*** Desde su aparición del año 1981, el sida es la enfermedad de mayor impacto psicosocial del presente siglo, debido a la realidad epidemiológica y a las abundantes connotaciones sociales, éticas y religiosas, dada su vinculación con prácticas históricamente denostadas por buena parte de la sociedad: drogadicción, promiscuidad sexual, homosexualidad, bisexualidad, prostitución. Se llegó a concederle la execrable denominación de peste del Siglo XX, y los sectores más recalcitrantes, siempre obsesionados con el sexo, vieron en ella un oportuno castigo divino, destinado a extinguir a aquellos seres de costumbres depravadas. Dichas



convicciones han fomentado temores infundados hacia los propios enfermos de sida: aún hay quienes prefieren no acercarse demasiado, no tocarle, no sea que nos pase algo, cuando en el fondo lo único que hacen es aumentar la discriminación hacia estos enfermos. (Gallar, 2006)

Goffman (1963) manifestaba que cuando una enfermedad es estigmatizada, las personas afectadas por la misma son también estigmatizadas, volviéndose por tanto presas de una identidad ambivalente, avergonzándose en ocasiones de su propia identidad y produciéndose por tanto una identidad deteriorada. Estas enfermedades estigmatizadas adquieren en la imaginación cultural el estatus de metáforas sociales, siendo indeseables y necesitando por tanto ser destruidas.

Las personas con VIH también sufren una pérdida de identidad o rol, pérdida que proviene de la visión que la sociedad tiene de ellos como personas sin futuro, del hecho de considerárseles como miembros no productivos de la sociedad, de la asociación que se hace de ellas como “desviados/as sociales”, de la pérdida de poder, respeto y estatus en la sociedad, de la pérdida de los derechos a tomar decisiones sobre sus vidas o de la pérdida de oportunidades de casarse y tener hijos. (Fuster, 2012)

## ESNITSS

Es la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, cuya misión es de fortalecer la respuesta nacional para prevenir la transmisión de las ITS y VIH/SIDA y disminuir su impacto en el individuo, la sociedad y la economía.

Dentro de esta estrategia actúa un equipo multidisciplinario orientado a la prevención de la transmisión de ITS, promoción de conductas que aminoren el riesgo de contraer ITS (Intervenciones en Poblaciones Vulnerables: Trabajadoras Sexuales y Hombres que tienen Sexo con otros Hombres, Intervención de Consejeros Educadores de Pares, Fortalecimiento de la Consejería en ITS y VIH/SIDA, Intervenciones en Población General); atención integral del paciente y control de la adherencia al TARGA para los pacientes con VIH/SIDA ante lo cual se hizo necesario la implementación de un sistema de registro e información que brinde los alcances para las decisiones terapéuticas, así mismo que sea de utilidad para la toma de decisiones a nivel Regional y Central. De igual forma se encarga de la administración y logística para la prevención de contagio vertical del VIH y Sífilis realizando tamizajes a gestantes con la implementación de pruebas rápidas en la mayor cantidad de establecimientos de salud que sea posible. La provisión de TARGA es uno de los principales objetivos del MINSA, el cuál se comenzó a brindar de forma gratuita desde el año 2004 con el aporte del Fondo Global.

El Ministerio de Salud (MINSA) a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS- VIH/SIDA, presentó la actualización de la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral del Adulto con Infección de VIH, aprobada con Resolución Ministerial N° 962- 2014/MINSA, y que deja sin efecto la Norma Técnica N° 097-MINSA/DGSP-V.01. Esta nueva normativa tiene como objetivo

mejorar la atención integral del paciente adulto con infección de VIH en los establecimientos de salud para disminuir la morbilidad y la mortalidad de esta población y darle una mejor calidad de vida. La norma técnica se alinea a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sociedades científicas internacionales, para facilitar el acceso a un diagnóstico oportuno con la reducción del proceso de diagnóstico y un tratamiento adecuado, a través de la simplificación y estandarización de los esquemas de tratamiento antirretroviral. Se han realizado innovaciones importantes en aspectos preventivos, como la profilaxis post- exposición ocupacional y no ocupacional, en el manejo de la co-infección TB/VIH, y en aspectos de salud pública mediante la actualización de los indicadores de la cascada de atención, todo lo cual fue socializado en una reunión. Esta nueva actualización de la norma técnica permitirá que las personas viviendo con VIH en el Perú tengan acceso a un diagnóstico temprano y a un tratamiento oportuno y de calidad, en los establecimientos del MINSA.



## **TARGA**

El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad “TARGA”, es la combinación de tres tipos de medicamentos antirretrovirales que controla la cantidad de virus en la sangre y mejora el sistema de defensas del organismo. El ingreso al TARGA es voluntario y gratuito, dependiendo el estado físico de la persona es personal de salud decidirá si ingresa o no al TARGA.

Según las estadísticas manejadas por el MINSA en su última actualización, en el Perú hay 65 000 personas viviendo con VIH/SIDA, el 97 por ciento de casos fue adquirido por transmisión sexual; Lima y Callao son las regiones que reportan el mayor número de casos (70%). Las poblaciones en mayor riesgo son los hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales y la población transexual. En febrero del año 2004 se aprueba la norma técnica de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en adultos, lo cual marca el inicio de la aplicación del TARGA en el Perú. En aquel momento el Estado invirtió para la adquisición del TARGA, el 60% de la compra, con el apoyo financiero del fondo mundial quien aportó el 40% restante. En abril del 2010 empezó la evaluación de los pacientes de los hospitales de Lima y Callao, con pruebas de CD4 y Carga Viral. Dicho programa tuvo el soporte del Fondo Mundial y hasta esta fecha la inversión del fondo en el componente de VIH en el país alcanzó los US\$ 11,259,518.69, 53% de los cuales se ha invertido en medicamentos e insumos para el tratamiento de VIH y monitoreo de pacientes.

## Estrés y Estilos de Afrontamiento

**Estrés.** La palabra estrés deriva del griego “Stringere”, que significa provocar o causar tensión sobre algo o alguien. Asimismo se conoce que dicho término fue manejado a partir XIV para referirse a experiencias negativas, tales como adversidades, dificultades, sufrimiento, aflicción, etc.

Actualmente se consideran diversos conceptos sobre el estrés, la OMS (Organización Mundial de la Salud) lo define como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción.

Stora (1991) indica que el estrés es lo que uno nota cuando reacciona a la presión, sea del mundo exterior o del mundo interior de uno mismo. El estrés se presenta en cualquier edad ya que es una reacción normal, debido a que está producido por el instinto del organismo a protegerse de las presiones físicas o emocionales, o en situaciones extremas, del peligro.

Hans Selye (1976; citado por Toro y Yepes, 2004) ha definido al estrés como “Una respuesta adaptativa mediatizada por las características y/o por conceptos psicológicos del individuo, que es resultante de alguna acción, situación o suceso externo que plantea exigencias físicas o fisiológicas especiales a una persona”. Selye considerado como el padre del concepto moderno del estrés, hizo una distinción importante entre factores estresantes y la respuesta del estrés, así como también puso relieve que los sucesos, tanto positivos como negativos, pueden desencadenar una respuesta idéntica de estrés que puede resultar beneficiosa o nociva.

El estrés es un fenómeno complejo que implica estímulos, respuestas y procesos psicológicos que median entre ambos. Supone un estado del organismo caracterizado

por el sobreesfuerzo. Es un proceso dinámico que involucra diferentes variables que funcionan a diferentes niveles e interaccionan entre sí: agentes internos y externos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, respuestas psicológicas y fisiológicas (reacción de estrés), variables moduladoras asociadas a elementos predisponentes (tipo personalidad) y elementos demográficos como sexo y edad. (Sandín, 1994).

**Afrontamiento del estrés.** Lazarus y Folkman (1984) lo definieron como el cambio constante de los esfuerzos cognitivos y conductuales para responder a las demandas específicas de carácter externo y/o interno que se valoran como elementos que exceden los recursos de una persona.

Según la Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés el afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación. Ante una situación estresante, o cuando el individuo reacciona con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento.

El afrontamiento, descrito por Lazarus y Folkman (1986) se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta de un



determinado contexto y ella dependerá de los valores, las metas, y las creencias con la que los individuos se hallan comprometidos.

Un evento percibido con carga de estrés, exige la puesta en marcha de diversos recursos de la persona para afrontar la situación y restablecer el equilibrio. En ese sentido, el afrontamiento tiene como principal función reducir el malestar vivenciado y el impacto sobre la persona. De ahí que se explique el afrontamiento como el proceso por el cual un individuo realiza esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar una demanda que excede sus propios recursos.

**Diferencias entre estrategias, estilos y recursos de afrontamiento.** Las formas de afrontamiento proporcionan pautas para explicar las diferencias en la adaptación al estrés; también tienen que ver con las diferencias que se dan entre los individuos en la mayor o menor exposición a los estresores sociales; además, hace la diferencia entre estrategias, estilos y recursos, explicando que las estrategias de afrontamiento son más específicas, se llevan a cabo acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, por ejemplo: relajarse, ver películas, buscar apoyo social. Los estilos de afrontamiento constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento y los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores, por ejemplo, “locus” de control, percepción de control, auto eficacia, autoestima, sentido del optimismo (Sandín, 2003; citado por Gonzales, 2009).

**Estilos de afrontamiento.** Existen dos estilos de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1986); Carver y colaboradores incrementan el estilo de afrontamiento de huida y evitación en su cuestionario de modos de afrontamiento COPE en 1989.

***Estilo de afrontamiento centrado en el problema.*** La persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. Hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición de equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante. Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.

***Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.*** La persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo. Las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.

***Estilo de afrontamiento de huida y evitación.*** Tomando en cuenta diversas formas de distracción o desentendimiento sobre el problema al cual se enfrenta la persona.

**Estrategias de afrontamiento.** Cuadros (2005), define de forma detallada las estrategias de afrontamiento que especifica Carver en el test COPE, dichas estrategias de afrontamiento son aquellas formas de actuar específicas que la persona tiene sobre el problema, identificándose tres conjuntos de éstas para ser parte de los estilos de afrontamiento que marcarían un rasgo general de comportamiento ante el estrés.

***Afrontamiento Activo.*** Es el proceso de ejecutar acciones directas para tratar de apartar o evitar el estresor para sí aminorar sus efectos, acciones directas y en cierta forma agresivas para alterar la situación.

***Planificación.*** Es pensar en determinadas estrategias de acción, pasos a seguir y tomar en cuenta las mejores alternativas para afrontar el problema tomando en cuenta un previo análisis de ésta de manera realista para poder aminorar la ansiedad.

***Supresión de actividades competentes.*** Es el poner atención plena (dentro de lo que se pueda) al afrontar la situación estresante, dejando de lado otros proyectos que se haya podido tener antes de presentarse el estresor actual.

***Postergación del afrontamiento.*** Es cuando una persona toma en cuenta cuál será el mejor momento para tomar acciones al momento de afrontar el estresor.

***Búsqueda de apoyo instrumental.*** Es la búsqueda de información orientada específicamente a la solución del problema, por ejemplo, la información de un médico.

***Búsqueda de apoyo social emocional.*** Es la búsqueda de apoyo moral, sentimental y comprensión por parte de otras personas.

***Reinterpretación positiva y desarrollo personal.*** Es darle facultades positivas al problema, buscándole temas positivos en relación, como el aprendizaje para el futuro o compartir las experiencias para ayudar de manera social. Reduce la amenaza no en la realidad sino en la mente de la persona.

***Aceptación.*** Es saber que van a tener que convivir con la situación estresante y por tanto es algo que se debe aceptar. Lazarus y Folkman denominan a esta estrategia como aceptación de la responsabilidad.



***Acudir a la religión.*** Es buscar en las creencias religiosas un apoyo emocional, siendo para muchas personas el puente para llegar a la reinterpretación positiva y uso de estrategias activas de afrontamiento.

***Focalizarse en las Emociones y liberarlas.*** Es el desahogo emocional que tienen las personas que se caracteriza inicialmente por centrarse en lo negativo de la experiencia. Esta estrategia puede ser útil en tanto sea en periodos cortos de tiempo, ya que si es por largos periodos puede impedir el correcto ajuste a la situación estresante.

***Negación.*** Es cuando una persona no cree en el estresor, haciendo de cuenta como si el estresor no fuese real o poniendo excusas para poder ignorarlas. Al igual que la focalización de emociones, si es que esta estrategia se mantiene por un largo periodo de tiempo no ayuda a la aproximación activa para el afrontamiento quedando así una persona vulnerable a los hechos.

***Desentendimiento Conductual.*** Es darse por vencido, sobre todo al intentar cumplir con las metas personales.

***Desentendimiento Emocional.*** Es tomar en cuenta un conjunto de actividades distractoras para poder alejar los pensamientos sobre el problema que se enfrenta.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	ESTRATEGIAS
1. Enfocados en el problema	I. Afrontamiento Activo II. Planificación III. Supresión de actividades competentes IV. Postergación del afrontamiento V. Apoyo social instrumental
2. Enfocados en la emoción	VI. Apoyo social emocional VII. Reinterpretación positiva VIII. Aceptación IX. Acudir a la religión X. Enfocar y liberar emociones
3. Enfocado en la huida - evitación	XI. Negación XII. Desentendimiento Conductual XIII. Desentendimiento Emocional.

Un punto importante del modelo de estrés y afrontamiento es que no existe una estrategia que sea la mejor o la más efectiva para todas las personas en todas las situaciones. Por el contrario, diferentes estrategias son efectivas para la diversidad de las personas en diferentes situaciones. También hay que tomar en cuenta que el afrontamiento no es una cura inmediata al estrés que se siente ante determinada situación, ya que varía de acuerdo a los recursos de la persona, las características del grupo social, y la naturaleza de la situación a la que se enfrenta. (Mayordomo, 2003).

Galán, Pérez, y Blanco (2000) realizaron una investigación sobre Estrategias de afrontamiento en la enfermedad crónica pulmonar en varones, encontrando que las estrategias más utilizadas son la búsqueda de soporte social instrumental, explicado por la averiguación del sujeto enfermo sobre su enfermedad. También se vio que intentan darle una interpretación positiva a la situación a la cual se enfrentan, viendo aquello que han aprendido o que pueden enseñar a otros al compartir su historia, y tratan de aceptar su enfermedad teniendo en cuenta que no pueden revertir los hechos. La utilización de estrategias de afrontamiento centrados en el problema y en la evitación quedan en un segundo plano.

Ledón (2007) realizó un estudio que evalúa los Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas, de tipo descriptivo – cualitativo en Perú, cuya muestra fue de 15 mujeres y varones. Los instrumentos utilizados fueron: una guía de entrevista en profundidad, observaciones participantes y entrevistas informales de carácter abierto. Las personas entrevistadas usaron 2 tipos de estrategias (sociales y personales). En las estrategias sociales se utilizó más la búsqueda de apoyo social (familia, institución sanitaria y relaciones interpersonales en general), y en las estrategias personales, se vio una diferencia tomando en cuenta la variable de género que mostraba que mientras los varones utilizaron el chiste y la exculpación; las mujeres, mostraron el uso de estrategias dirigidas a manejar la emoción y a encubrir los cambios corporales. Ambos géneros utilizaron el acercamiento a la religión en los momentos que consideraron más críticos en su proceso de enfermedad.

En otra investigación hecha en Guatemala, Yon (2008) realizó un estudio cualitativo, cuyo objetivo fue analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres de familia para enfrentar el cáncer en sus hijos. Los sujetos de estudio fueron los padres de familia de seis niños diagnosticados con cáncer entre las edades de 5 a 12 años de edad;



cuatro de género femenino y dos de género masculino. Se elaboró una entrevista semiestructurada con el fin de describir las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres de familia para enfrentar el cáncer en sus hijos. Los resultados indican que los padres entrevistados con hijos con cáncer, tanto mujeres como hombres usan y consideran útiles en mayor medida las estrategias de afrontamiento de confrontación, búsqueda de soluciones, búsqueda de apoyo social y el autocontrol, siendo la diferencia con el resto de estrategias considerable. El distanciamiento, la reevaluación positiva y la evitación/escape fueron las estrategias de afrontamiento más usadas.

En el estudio sobre Afrontamiento al estrés y resentimiento en pacientes con tratamiento de Hemodiálisis, realizado por Giraldo (2009) en Arequipa se concluyó que las mujeres usan más estrategias de afrontamiento que los varones estrategias los cuales que mantienen un nivel promedio en la utilización de las mismas; es por ello que las mujeres tienen conciencia sobre una realidad concreta y las limitaciones que se les presenta a diario. Tomando el afrontamiento evitativo se encontró que ambos géneros buscan la distracción en un nivel medio para olvidarse de la situación.

Díaz y Yaringaño (2010) realizaron un estudio orientado a establecer la relación entre el clima familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins. Se empleó el método descriptivo correlacional para estudiar las dimensiones del clima familiar y los modos de afrontamiento de los pacientes oncológicos con una muestra de 287 sujetos (hombres y mujeres). Se encontró que las mujeres tienden a usar estrategias de reinterpretación positiva pertenecientes al estilo enfocado en el problema en mayor medida que los hombres. En comparación entre las mujeres que padecen cáncer de mama con hombres con cáncer de próstata se

puede observar que estos últimos muestran sentimientos de incertidumbre respecto a su futuro viviendo con la enfermedad e inestabilidad emocional, todo esto reflejando que adoptan estrategias enfocadas en la emoción.

Muñoz (2012) realizó una investigación en Guatemala donde tuvo como objetivo es su investigación identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan ocho pacientes diagnosticadas con cardiopatía isquémica, de una clínica privada, sus edades oscilaban entre 50 y 60 años. En dicha investigación se aplicó una entrevista semiestructurada, aplicada individualmente. Se concluyó que las pacientes utilizaron estrategias dirigidas a la resolución del problema, al confrontar los síntomas de la cardiopatía isquémica acudiendo de forma inmediata a sus médicos tratantes y los servicios de emergencias. También se observó que utilizan la planificación como estrategia de afrontamiento, contemplando la posibilidad de mantener de ahora en adelante una vida saludable así como mostrar apego al tratamiento a base de medicamentos, alimentación balanceada y ejercicio físico. En relación a las estrategias dirigidas a la emoción, las pacientes han recurrido a sus familiares y médicos para recibir apoyo de ellos, siendo pilares importantes para regular el estado afectivo de las pacientes y sus planes futuros. También reportaron que el apoyo espiritual fue buscando por las participantes. Y por otro lado, ante el diagnóstico de cardiopatía isquémica, las pacientes han optado por distanciarse de su enfermedad, intentando no pensar en ella, evitando hablar sobre lo que padecen y viviendo su vida como si no estuvieran enfermas. Además, han sentido deseos de llorar y se han lamentado. Aún así, han encontrado que su enfermedad les ha dejado un aprendizaje y una nueva forma de vida como reevaluación positiva, que conlleva autocontrol y aceptación de la responsabilidad.

En la investigación titulada “Afrontamiento en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama” hecha por Ojeda y Martínez (2012), cuya población total estuvo conformada por 85 pacientes se encontró que el estilo de afrontamiento dirigido al problema por parte de las pacientes fue la más utilizada en el proceso conductual ante la enfermedad. La explicación a ello es que el afrontamiento dirigido al problema tiende a predominar cuando la persona en cuestión siente que se puede hacer algo constructivo como buscar información, buscar ayuda o iniciar el tratamiento inmediato para tener la percepción de adquirir más control sobre el suceso.

Villas, Torrico y Remesal (2012) hicieron un estudio de una comparación entre un grupo de varones con cáncer de laringe y un grupo de varones ya laringectomizados, los resultados arrojaron que la estrategia más utilizada por el grupo de enfermos con cáncer es el distanciamiento, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social, siendo esto parte del estilo de afrontamiento centrado en la emoción. La explicación que se dio en dicha investigación fue que el miedo sería el principal motivo por el cual se da el distanciamiento y que la búsqueda de apoyo social se ve ligado a la reinterpretación positiva ya que se busca entendimiento y utilidad en base a la experiencia aportada por otras personas en una situación similar. La diferencia con los hombres laringectomizados tan solo es que estos últimos usan en menor medida la Aceptación de la Responsabilidad y la Planificación.

Cáceres e Hinojosa (2013) encontraron que en pacientes con cáncer de mama constituida por una muestra de 60 mujeres con dicho diagnóstico en Arequipa, no existe prevalencia de afrontamiento enfocado a la emoción, ya que se encontró que los tres estilos de afrontamiento están en un mismo nivel de uso, sin encontrar predominación notoria en el uso de un estilo de afrontamiento. Dentro de dicha investigación se tomaron las sugerencias de analizar más a profundidad la variable de género para



futuras investigaciones relacionadas a Afrontamiento al Estrés, también se observó que era necesario ampliar el grupo etéreo de la muestra de modo que se pueda incluir en ellas las categorías de tiempo de diagnóstico, estado civil, etc.

Palomo (2013), en una investigación de tipo cualitativo sobre “Homosexualidad y Estrategias de Afrontamiento” hecha en Guatemala, se consideró solo a homosexuales de género masculino, mayores de 18 años; tuvo como objetivo establecer las estrategias de afrontamiento que utilizan ante la discriminación por su preferencia sexual. Se trabajó con 8 sujetos que habían sufrido de discriminación por preferencia sexual. Al momento en que se realizó el estudio, las edades de los sujetos oscilaban entre 20-32 años de edad. Se seleccionó a los sujetos por medio de la técnica de muestreo no probabilística de casos tipo. Se utilizó una entrevista semiestructurada, y se aplicó de manera individual, dentro de las instalaciones del Centro Cultural y Restaurante El Encuentro. Con base a los resultados se concluyó que la mayoría de los sujetos utilizaron las estrategias de afrontamiento focalizada en el problema, ya que realizaron planes concretos para independizarse y otros para resolverlo de forma legal. Algunos pensaron cualidades positivas sobre sí mismos y buscaron crecimiento personal para lograr afrontar la problemática. Otros se aceptaron a sí mismos, utilizando la estrategia de reevaluación positiva.

Franco (2014) realizó una investigación sobre Estrategias de afrontamiento de hombres homosexuales de 25-40 años de la asociación gente positiva ante el diagnóstico de VIH/sida positivo, los resultados indicaron que utilizaron varias estrategias de afrontamiento como son las enfocadas en la resolución del problema, ya que en todos los casos buscaron confirmar el diagnóstico, informarse sobre el diagnóstico y la atención médica necesaria. También se observó que usan la estrategia de búsqueda de apoyo social, pues se apoyaron en la familia, en los médicos, el

tratamiento antirretroviral, en los amigos y en Dios. Los sujetos demostraron utilizar la estrategia de afrontamiento de autocontrol al desahogar sus emociones y demostraron que el llanto es una herramienta común, teniendo en ocasiones momentos de descarga emocional, sobre todo de enojo y tristeza. Presentaron además, aprendizaje y reevaluación positiva ante la enfermedad.

Carrobles, Remor y Rodriguez (2003) en un estudio sobre Afrontamiento y Apoyo percibido y Distrés Emocional en pacientes con VIH, hizo un estudio comparativo con una muestra compuesta por un total de 229 sujetos VIH+ españoles ( $n= 100$ ) y peruanos ( $n= 129$ ), con edades comprendidas entre los 22 y los 70 años se encontró que en cuanto a la utilización de estrategias de afrontamiento centrada en el problema un 76% de los evaluados buscan apoyo social instrumental mediante la comunicación constante con sus médicos tratantes, un 70% adopta el afrontamiento activo con el problema al fijarse nuevas metas de vida tomando en cuenta la enfermedad que padecen y luchando constantemente para poder cumplirlas y un 66% piensa más sobre el significado de la vida teniendo como consecuencia mayor planificación en sus acciones en base al análisis previo de las mismas; de igual forma son pocas las personas que han adoptado como estrategia de afrontamiento centradas en la emoción, tan solo un 3% de la muestra toma la huida o evitación por medio del consumo de alucinógenos, se usa con mayor frecuencia la resignación pasiva indicando que las personas tienen más autocontrol para regular sus sentimientos y acciones, seguido a ello la búsqueda de información y la distracción con actividades que ayuden a su crecimiento personal; analizando este último punto en correlación con la etapa de enfermedad se ha visto que en la muestra peruana aquellas personas en una etapa de infección primaria han optado en mayor media por éste estilo de afrontamiento y aquellas personas con diagnóstico de SIDA llevan adoptan el estilo de afrontamiento de evitación.

Según la investigación de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín en colaboración con la Universidad de San Buenaventura de Medellín en el año 2009, indica que la estrategia de afrontamiento de reacción agresiva fue la menos utilizada de toda la escala de afrontamiento, evidenciando así, al igual que en la investigación de Carrobbles, que las personas tienen mayor autocontrol sobre sus emociones y acciones respecto a la enfermedad y ámbitos de su vida en relación. En general encontraron el alto uso de estrategias centradas en el problema siendo el más usado la búsqueda de apoyo social instrumental.

En un estudio etnográfico hecho por Grimberg (2003) que combina entrevistas a profundidad, observación con participación y análisis de narrativas biográficas se llegó a las siguientes conclusiones en torno a la relación entre género y VIH. En los testimonios presentados por mujeres con la enfermedad de VIH, sobre todo aquellas con más tiempo de diagnóstico, refirieron específicamente su padecimiento, separando sus molestias corporales con su funcionamiento en la vida cotidiana, haciendo referencia a sus sensaciones y sentimientos respectivamente, esto nos muestra que hacen un análisis del problema para afrontar el problema de salud que padecen de forma directa para mejorar su calidad de vida. Los varones exteriorizaron un discurso con referencias más generales de sus padecimientos. En su mayoría referenciaron al cuerpo en situación, sobre todo en relación con el trabajo y la actividad sexual, centrando en el cansancio, la debilidad o la falta de fuerza física. Experimentando incertidumbre y fragilidad corporal y sentimental como una "ruptura" o "pérdida" de sí. Para muchos de ellos, esta experiencia de fragilidad corporal y sufrimiento emocional implicó el quiebre de núcleos básicos de sus identificaciones "masculinas" en la sociedad.

En la investigación hecha por Flores - Sarazúa (2006) que evalúa a Varones con VIH Politoximaniacos y en situación de exclusión social no se han encontrado



diferencias significativas entre los estilos de afrontamiento relacionadas con algunas variables, como el origen étnico de los pacientes, el nivel de deterioro de su salud.

Vargas, Cervantes y Aguilar (2009) realizaron un estudio en México, evaluando las estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados con VIH. Se utilizó como instrumento el COPE. Se evaluaron 20 pacientes infectados con VIH. La edad promedio de los sujetos fue de 37 años. Fue un estudio de tipo descriptivo, transversal. Los resultados obtenidos muestran que la estrategia de afrontamiento más frecuente en las mujeres es el apego a la religión y la negación de su realidad con más frecuencia que los hombres, ambas pertenecientes al estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Por su parte, los varones hacen más uso de las drogas y del humor, al replanteamiento positivo de su realidad y al desahogo de sus emociones. Sin embargo, con menos frecuencia que las mujeres, confrontan de manera activa y buscan apoyo emocional o instrumental. Todo esto nos lleva a la conclusión que los hombres adoptan más estrategias orientadas a la evitación y las mujeres más a la emoción.

Haruna y Abdurahaman (2014) en su investigación hecha en Nigeria sobre el VIH / SIDA, Elección de Estrategias de adaptación: Implicaciones sobre Género y diferencias de Roles, tuvo como objetivo identificar el papel del género en la elección de las estrategias de afrontamiento para pacientes con VIH / SIDA, la muestra constaba de 60 pacientes (30 hombres y 30 mujeres) procedentes del Hospital General Damaturu. Inicialmente se propuso que el género masculino utilizaría estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema, mientras que las mujeres utilizarían estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción. Sin embargo los resultados indican que no hay diferencias de género en el uso de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema. Sin embargo señalan que un mayor número de mujeres también hacen uso de estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción. Haruna y Abdurahaman refieren

que es probable que no haya diferencias de género en el uso de estrategias enfocadas en el problema debido a la socialización femenina de los últimos años.



## Hipótesis

“Los pacientes con VIH/SIDA del género femenino tienen mayor tendencia al uso del estilo de afrontamiento centrado en el problema en relación a los pacientes del género masculino.”





## **CAPITULO II**

### **Diseño metodológico**



## Tipo de Investigación

El método utilizado para el diseño de investigación según Cozby es de tipo Descriptivo-Correlacional y según Salkind del tipo No-experimental, pues en este método los estudios se realizan haciendo observaciones o mediciones de las variables en las que se realizan preguntas y se observa directamente la conducta, se registran respuestas, o se examinan datos o reportes públicos (Portilla y Vilches, 2013).

## Técnicas/ Instrumentos

**Técnicas.** Para la realización de dicha investigación se aplicó ficha de recolección de datos anónima de forma individual en la cual se incluyó el instrumento que evaluó los estilos de afrontamiento (COPE)

### Instrumentos:

**V1: Género.** Se aplicó una ficha de recolección de datos anónima para obtener los datos referentes al paciente, elaborada por las investigadoras.

**V2: Estilos de afrontamiento.** Se aplicó el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al estrés (COPE) Forma Disposicional de Carver.

*Autor:* Carver, Sheier y Weintraub, 1989.

Adaptado en Perú por Casuso (1996), quien realizó la adaptación del instrumento en su forma disposicional.

*Tipo de administración.* Individual y colectiva

*Tiempo de administración:* Aprox. 20 minutos.

*Estructura del instrumento.* Este test ha sido traducido y revisado en el Perú por Salazar (1993). Es aplicable en sujetos mayores de 16 años presenta dos modos de afrontamiento al estrés: afrontamiento enfocado al problema y afrontamiento enfocado a la emoción, asimismo presenta indicadores que originan evitación al afrontamiento al estrés. Incluye 52 ítems distribuidos en tres áreas, incorporándose conceptualmente desde la propuesta de Carver, 13 escalas o factores que se corresponden a los 13 estilos de afrontamiento. En relación a la puntuación los puntajes obtenidos en cada ítem se suman con los correspondientes a cada sub-escala de manera tal que se pueden obtener 13 puntajes que facilitan la elaboración de un perfil de afrontamiento para cada sujeto.

*Validez y confiabilidad:* Los ítems del cuestionario de afrontamiento fueron validados por Carver y colaboradores en 978 estudiantes de la Universidad de Miami, el análisis factorial de los ítems fueron realizados con el método de “rotación oblicua”, producto de este análisis resultaron doce factores con valores mayores a 1.0. Once factores estuvieron compuestos por aquellos ítems asignados previamente a sus escalas.

En el Perú, Salazar y Sanchez (1992) realizaron la validación interna (ítem-test) del instrumento para lo cual emplearon primeramente el método de criterio de jueces, luego se administró la prueba a 82 sujetos de la ciudad de Lima, para hallar la validez interna mediante el análisis ítem test; los ítems correlacionales en forma altamente significativa ( $p < 0.01$ ) con sus respectivas escalas con excepción del ítem 8, el cual obtuvo un índice de 0.32; en general, los ítems son válidos para medir el constructo que cada escala pretende medir.



En 1996 Casuso aplicó el instrumento en su trabajo titulado “Adaptación de la Prueba COPE sobre los estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima”, así como Rojas en 1997 en su investigación sobre “Ansiedad, cólera y Estilos de afrontamiento en portadores del VIH”.

En la ciudad de Arequipa el COPE fue aplicado por Vásquez en el año 2000 en su investigación titulada “Estilos de Afrontamiento y Dimensiones Psicopatológicas en Mujeres de Cáncer Cervico- Uterino”, la cual se llevó a cabo durante seis meses en una población específica del Hospital Goyeneche del Ministerio de Salud Arequipa (MINSA). Así mismo Llerena y Valencia (2002) aplicaron dicha prueba en su estudio titulado “Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en Pacientes con Cáncer de Cuello Uterino del Hospital Goyeneche”. (Chávez y Llerena, 2004).

Como podemos observar los resultados obtenidos por Salazar y Sánchez en 1992 y el éxito en la aplicación de la prueba COPE en nuestro medio, se evidencia la validez y confiabilidad de la prueba para ser empleada en nuestro medio.

### **Estrategias de recolección de datos (Criterios y procedimientos)**

La recolección de datos se llevó a cabo en el Consultorio de Enfermería de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA del Hospital Goyeneche, encargado de suministrar el TARGA. Al no haber un profesional de psicología en el programa ESNITSS se hizo la coordinación respectiva con el médico encargado y enfermeros. Se aplicó la ficha de datos creada por las investigadoras y el cuestionario de Modos de Afrontamiento al estrés (COPE).

## Población y muestra

**Población y muestra:** Se tuvo una población total de 117 pacientes en el Consultorio de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA del Hospital Goyeneche, administrándoles las pruebas correspondientes a todos ellos.

**Tabla 1**

*Género de los pacientes con VIH/SIDA*

Género	N°	%
Masculino	88	75.2
Femenino	29	24.8
Total	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos observar que la población está conformada por 117 pacientes, de los cuales 88 personas (75.2%) son hombres y 29 personas (24.8) son mujeres, los cuales cumplían con los criterios de inclusión y exclusión expuestos.

**Tabla 2**
*Edad de los pacientes con VIH/SIDA*

Edad	N°	%
18 a 27 años	36	30.8
28 a 37 años	49	41.9
38 a 47 años	16	13.7
48 a más	16	13.7
Total	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

Podemos observar que existe un mayor porcentaje de pacientes con VIH/SIDA entre las edades de 28 a 37 años de edad (41.9%) y en menor porcentaje pacientes de 38 a 47 años de edad (13.7), de igual forma de 48 años a más.

### Criterios de procesamiento de información

- Organización de los datos obtenidos
- Análisis estadístico  $\chi^2$
- Presentación del análisis cualitativo y cuantitativo de resultados.

### Criterios de inclusión:

- Pacientes con VIH/SIDA mayores de 18 años aptos para el TARGA.
- Pacientes que acudan al Consultorio de enfermería de ESNITSS a recoger el TARGA en el periodo del mes de aplicación de los cuestionarios.
- Pacientes que acudan al consultorio de enfermería de ESNITSS para el control de CD4 y Carga Viral.



- Pacientes que deseen participar de la investigación.

**Criterios de exclusión:**

- Gestantes
- Pacientes transgénero.
- Pacientes que se rehúsen a participar en el estudio.
- Familiares que recojan el tratamiento de los pacientes.





## **CAPITULO III**

### **Resultados**

## Descripción de resultados

En este capítulo se presenta los resultados obtenidos a través de la prueba estadística Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ), con un  $\alpha=0.005$ , en relación de los Estilos de Afrontamiento utilizados por las personas con VIH/SIDA y su género, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, orientación sexual, tiempo de diagnóstico, tiempo de tratamiento y carga familiar.





**Tabla 3**
*Estado civil de los pacientes con VIH/SIDA*

Estado Civil	N°	%
Soltero	83	70.9
Casado	10	8.5
Separado	7	6.0
Viudo	2	1.7
Conviviente	15	12.8
Total	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

Teniendo en cuenta el estado civil de los pacientes, se aprecia que una gran mayoría representada con el 70.9% se encuentran solteros y el menor porcentaje de 1.7% pertenece a pacientes viudos.

**Tabla 4**
*Escolaridad de los pacientes con VIH/SIDA*

Escolaridad	N°	%
Primaria	2	1.7
Secundaria	41	35.0
Técnico	44	37.6
Superior	30	25.6
Total	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

Se observa en los resultados, el mayor porcentaje de pacientes de 37.6% tiene estudios técnicos, mientras que el menor porcentaje representado por 1.7% cuenta con estudios de nivel primaria.

**Tabla 5**
*Ocupación de los pacientes con VIH/SIDA*

Ocupación	N°	%
Estudiante	13	11.1
Empleado	44	37.6
Independiente	40	34.2
Desempleado	10	8.5
Trabaja y estudia	10	8.5
Total	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

Considerando la ocupación de los pacientes con VIH/SIDA podemos apreciar que el mayor porcentaje de pacientes son empleados con un 37.6%, sin embargo en menor porcentaje de 8.5% son pacientes desempleados y también pacientes que trabajan y estudian.



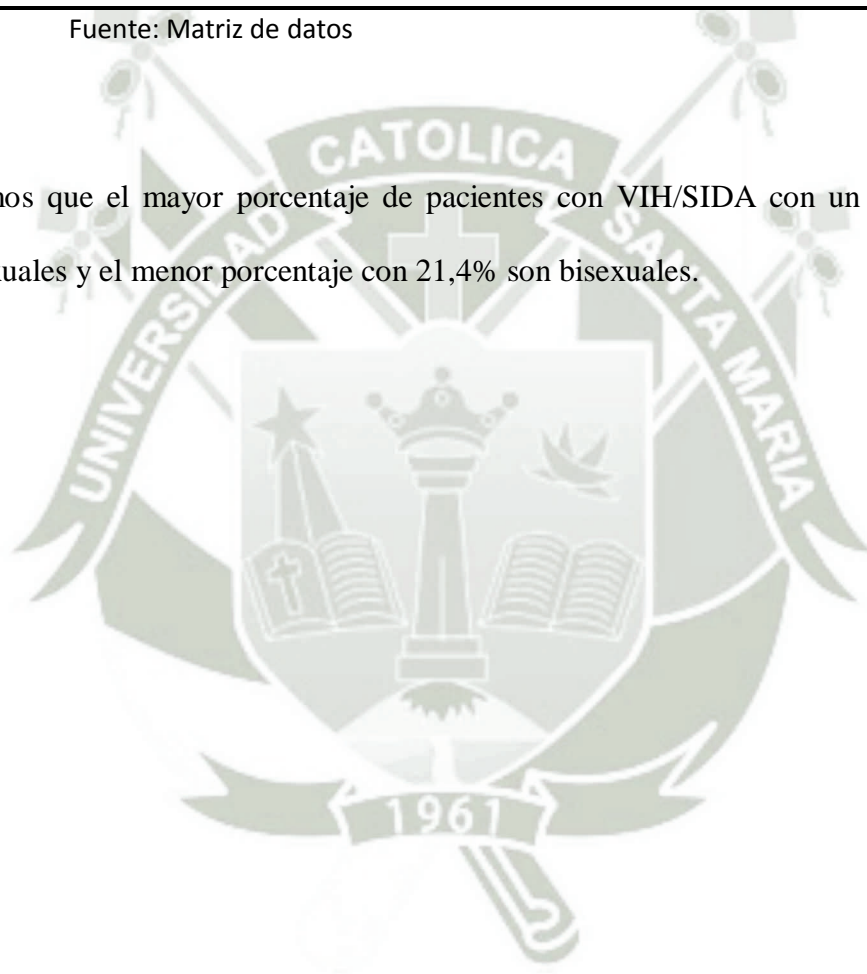
**Tabla 6**

*Orientación Sexual de los pacientes con VIH/SIDA*

Orientación Sexual	N°	%
Homosexual	43	36.8
Heterosexual	49	41.9
Bisexual	25	21.4
Total	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

Apreciamos que el mayor porcentaje de pacientes con VIH/SIDA con un 41,9% son heterosexuales y el menor porcentaje con 21,4% son bisexuales.



**Tabla 7**
*Tiempo de diagnóstico de los pacientes con VIH/SIDA*

Tiempo de Diagnóstico	N°	%
0 a 3 meses	10	8.5
3 a 6 meses	15	12.8
6 meses a 1 año	12	10.3
1 a 3 años	26	22.2
3 a 5 años	16	13.7
5 años a más	38	32.5
Total	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

Se calcula que el mayor porcentaje de pacientes con VIH/SIDA con un 32,5% tienen un diagnóstico mayor a 5 años, y el menor porcentaje de 8,5% corresponde a un diagnóstico de 0 a 3 meses.

**Tabla 8**
*Tiempo de tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA*

Tiempo de Tratamiento	N°	%
0 a 3 meses	19	16.2
3 a 6 meses	19	16.2
6 meses a 1 año	14	12.0
1 a 3 años	26	22.2
3 a 5 años	14	12.0
5 años a más	25	21.4
Total	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

Se aprecia un mayor porcentaje de 22,2% sobre el tiempo de tratamiento de los pacientes de 1 a 3 años, y en menor porcentaje con 12,0% de 6 meses a 1 año y también de 3 a 5 años.



**Tabla 9**
*Carga Familiar en los pacientes con VIH/SIDA*

Carga Familiar	N°	%
No	71	60.7
Si	46	39.3
Total	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

Considerando la variable de Carga Familiar se observa que el mayor porcentaje de pacientes con VIH/SIDA de 60.7% no tiene carga familiar y un 39,3% si tiene carga familiar.

**Tabla 10**
*Estilos de afrontamiento de los pacientes con VIH/SIDA*

Estilo de Afrontamiento	N°	%
Problema	20	17.1
Emoción	81	69.2
Evitación	16	13.7
Total	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

En cuanto a los Estilos de Afrontamiento podemos observar que el estilo que prima en los pacientes con VIH/SIDA es el estilo centrado en la emoción con un 69,2%; y en menor porcentaje con 13.7% es el centrado a la evitación.

**Tabla 11**
*Edad y Estilos de Afrontamiento*

Edad	Estilo de Afrontamiento						Total	
	Problema		Emoción		Evitación			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 a 27 años	5	13.9	26	72.2	5	13.9	36	100.0
28 a 37 años	7	14.3	33	67.3	9	18.4	49	100.0
38 a 47 años	4	25.0	12	75.0	0	0.0	16	100.0
48 a más	4	25.0	10	62.5	2	12.5	16	100.0
Total	20	17.1	81	69.2	16	13.7	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.562$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.

Respecto a la edad todos los rangos establecidos en la presente investigación utilizan el Estilo de Afrontamiento dirigido en la emoción

Según la prueba estadística no existe relación significativa entre la edad y los Estilos de Afrontamiento.



**Tabla 12**
*Estado Civil y Estilos de Afrontamiento.*

Estado Civil	Estilo de Afrontamiento						Total	
	Problema		Emoción		Evitación			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltero	12	14.5	61	73.5	10	12.0	83	100.0
Casado	3	30.0	5	50.0	2	20.0	10	100.0
Separado	2	28.6	4	57.1	1	14.3	7	100.0
Viudo	1	50.0	1	50.0	0	0.0	2	100.0
Conviviente	2	13.3	10	66.7	3	20.0	15	100.0
Total	20	17.1	81	69.2	16	13.7	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.711$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.

Según el estado civil no importa cuál sea el del paciente ya que en todos los casos el estilo de afrontamiento utilizado es el centrado en la emoción.

Según la prueba estadística no existe relación significativa entre el estado civil y los Estilos de Afrontamiento.

**Tabla 13**
*Escolaridad y Estilos de Afrontamiento.*

Escolaridad	Estilo de Afrontamiento						Total	
	Problema		Emoción		Evitación			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	1	50.0	1	50.0	0	0	2	100.0
Secundaria	9	22.0	27	65.9	5	12.2	41	100.0
Técnico	5	11.4	32	72.7	7	15.9	44	100.0
Superior	5	16.7	21	70.0	4	13.3	30	100.0
Total	20	17.1	81	69.2	16	13.7	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.752$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.

Respecto a la escolaridad no importa cuál sea el nivel de escolaridad ya que en todos los casos el estilo de afrontamiento utilizado es el centrado en la emoción.

Según la prueba estadística no existe relación significativa entre la escolaridad y los Estilos de Afrontamiento.

**Tabla 14**
*Ocupación y Estilos de Afrontamiento.*

Ocupación	Estilo de Afrontamiento						Total	
	Problema		Emoción		Evitación			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Estudiante	2	15.4	10	76.9	1	7.7	13	100.0
Empleado	5	11.4	36	81.8	3	6.8	44	100.0
Independiente	6	15.0	26	65.0	8	20.0	40	100.0
Desempleado	5	50.0	4	40.0	1	10.0	10	100.0
Trabaja y estudia	2	20.0	5	50.0	3	30.0	10	100.0
Total	20	17.1	81	69.2	16	13.7	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.049$  ( $P < 0.05$ ) S.S.

Respecto a la ocupación se observa que: estudiantes, empleados, independientes trabaja y estudian caracterizan por utilizar el estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Sin embargo los que son desempleados utilizan el estilo de afrontamiento centrado en el problema.

Según la prueba estadística existe relación estadísticamente significativa entre la ocupación y los Estilos de Afrontamiento puesto que los desempleados presentan un estilo de afrontamiento centrado en el problema, y los que trabajan y estudian tienden a la evitación.



**Tabla 15**
*Orientación sexual y Estilos de Afrontamiento.*

Orientación Sexual	Estilo de Afrontamiento						Total	
	Problema		Emoción		Evitación			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Homosexual	4	9.3	34	79.1	5	11.6	43	100.0
Heterosexual	13	26.5	29	59.2	7	14.3	49	100.0
Bisexual	3	12.0	18	72.0	4	16.0	25	100.0
Total	20	17.1	81	69.2	16	13.7	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.046$  ( $P < 0.05$ ) S.S.

Según la orientación sexual se observa que los pacientes tienden a utilizar el Estilo de Afrontamiento centrado en la emoción.

Según la prueba estadística existe relación significativa entre la orientación sexual y Estilos de Afrontamiento puesto que los pacientes heterosexuales tienden a utilizar el Estilo orientado al problema.

**Tabla 16**
*Tiempo de diagnóstico y Estilos de Afrontamiento*

Tiempo de Diagnóstico	Estilo de Afrontamiento						Total	
	Problema		Emoción		Evitación			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 3 meses	3	30.0	6	60.0	1	10.0	10	100.0
3 a 6 meses	2	13.3	10	66.7	3	20.0	15	100.0
6 meses a 1 año	3	25.0	8	66.7	1	8.3	12	100.0
1 a 3 años	4	15.4	18	69.2	4	15.4	26	100.0
3 a 5 años	1	6.3	12	75.0	3	18.8	16	100.0
5 años a más	7	18.4	27	71.1	4	10.5	38	100.0
Total	20	17.1	81	69.2	16	13.7	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.928$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.

Según el tiempo de diagnóstico no importa cuánto sea el tiempo de diagnóstico ya que el estilo de afrontamiento que se presenta básicamente es el centrado en la emoción.

Según la prueba estadística no existe relación significativa entre tiempo de diagnóstico y los Estilos de Afrontamiento

**Tabla 17**
*Tiempo de tratamiento y Estilos de Afrontamiento*

Tiempo de Tratamiento	Estilo de Afrontamiento						Total	
	Problema		Emoción		Evitación		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
0 a 3 meses	5	26.3	13	68.4	1	5.3	19	100.0
3 a 6 meses	4	21.1	10	52.6	5	26.3	19	100.0
6 meses a 1 año	1	7.1	12	85.7	1	7.1	14	100.0
1 a 3 años	4	15.4	20	76.9	2	7.7	26	100.0
3 a 5 años	2	14.3	9	64.3	3	21.4	14	100.0
5 años a más	4	16.0	17	68.0	4	16.0	25	100.0
Total	20	17.1	81	69.2	16	13.7	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.563$  ( $P \geq 0.05$ ) N.S.

Según el tiempo de tratamiento no importa de cuánto sea ya que el Estilo de Afrontamiento que se presenta básicamente es el centrado en la emoción.

Según la prueba estadística no existe relación significativa entre tiempo de tratamiento y los Estilos de Afrontamiento.



**Tabla 18**
*Carga familiar y Estilos de Afrontamiento*

Carga Familiar	Estilo de Afrontamiento						Total	
	Problema		Emoción		Evitación			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	9	12.7	51	71.8	11	15.5	71	100.0
Si	11	23.9	30	65.2	5	10.9	46	100.0
Total	20	17.1	81	69.2	16	13.7	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.043$  ( $P < 0.05$ ) S.S.

Tomando en cuenta la carga familiar, los pacientes que tienen y no tienen a su cargo a ninguna persona se orientan al Estilo de Afrontamiento centrado en la emoción.

Según la prueba estadística existe relación significativa entre la carga familiar y el Estilo de Afrontamiento, puesto que los que tienen carga familiar tienden a utilizar el Estilo de Afrontamiento centrado en el problema.

**Tabla 19**
*Género y Estilos de Afrontamiento*

Género	Estilo de Afrontamiento						Total	
	Problema		Emoción		Evitación			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	9	10.2	66	75.0	13	14.8	88	100.0
Femenino	11	*37.9	15	51.7	3	10.3	29	100.0
Total	20	17.1	81	69.2	16	13.7	117	100.0

Fuente: Matriz de datos

 $P = 0.003 (P < 0.05) S.S.$ 

Podemos observar que los pacientes de género masculino el mayor porcentaje de ellos 75% tiene un estilo de afrontamiento centrado en la emoción mientras que las mujeres también en un 51,7% están orientadas a un Estilo de Afrontamiento centrado en la emoción.

Según la prueba estadística existe relación significativa entre el género y los Estilos de Afrontamiento puesto que si bien es cierto, ambos géneros utilizan el Estilo de Afrontamiento dirigido a la emoción, el género femenino tiene mayor tendencia a utilizar el Estilo de Afrontamiento centrado en el problema.

## Discusión

La presente investigación examinó la relación entre el género y los estilos de afrontamiento en los pacientes con VIH/SIDA de ESNITSS en el Hospital Goyeneche en la ciudad de Arequipa; trabajando con una población de 117 pacientes, en su mayoría varones, adultos, jóvenes, con un nivel educativo secundario/superior, laboralmente activos y de estado civil solteros.

El hallazgo principal que se obtuvo indica la existencia de una relación estadísticamente significativa ( $p < .003$ ) entre las variables de género y estilos de afrontamiento, donde los pacientes de género masculino y femenino utilizan el estilo de afrontamiento dirigido a la emoción, sin embargo los pacientes de género femenino muestran mayor tendencia al uso del estilo de afrontamiento centrado en problema.

En la variable de edad observamos que la juventud al percibir a la muerte como algo lejano, los lleva a comportamientos de riesgo. (Chirinos, Bardales y Segura, 2006)

En cuanto al género los resultados son bastante similares a los reportados por la Dirección General de Epidemiología del Perú en su última actualización a comienzos del año 2015, los cuales indican que un 73,13% son pacientes de género masculino y un 23,87% de género femenino, habiendo tan solo una diferencia del 0,93% en comparación con los datos obtenidos en esta investigación; de igual manera sucede en cuanto a la variable de edad, manteniendo una diferencia mínima entre las estadísticas. (Red Nacional de Epidemiología, RENDE y MINSA, 2015).

Se debe tener en cuenta que el VIH es una infección que se transmite mayormente por vía sexual y por tanto es en esta área donde más dificultades pueden aparecer por el temor de la población a adquirir la enfermedad. El rechazo en esta área constituye un



factor importante en relación con los roles sociales. Pelechano (1993; Citado por Flores, 2005) plantea el término “aditamentos socioculturales” que asocia el padecimiento de determinadas enfermedades con el tipo de entorno en el cual se vive para adoptar cierto estilo de afrontamiento. Así, por ejemplo, tomando en cuenta que el sufrir de la enfermedad de VIH/SIDA, por su condición, hace que el pensamiento se centre en torno a la obtención de objetivos inmediatos, no favoreciendo que dicha persona desarrolle tolerancia a la frustración que por ende haría que la persona adopte un estilo de afrontamiento centrado en la evitación.

Uno de los más grandes problemas que arraiga el padecer la enfermedad del VIH/SIDA es a nivel social, específicamente el estigma que sufren las personas con dicha enfermedad, ya que se avergüenzan de su propia identidad personal llegando a deteriorarse, de igual forma pierden su rol social ya que deben luchar contra la visión que la sociedad tiene de ellos (Fuster, 2012). Por esto es que se puede explicar el porqué del uso del estilo de afrontamiento centrado en la emoción de los pacientes, ya que se enfrentan a un cambio en la visión que tenía la sociedad sobre ellos, para volverse personas no productivas y desviados sociales, pierden respeto, control sobre su vida, metas y algunos derechos. Fuster también plantea que las personas con VIH/SIDA llegan a interiorizar las creencias negativas de la sociedad y expresan diferentes síntomas relacionados con la internalización del estigma es por ello que los sentimientos relacionados con la culpa, la vergüenza, la inferioridad o el temor a infectar a otras personas, entre otros, son fuertes al momento de enfrentar las consecuencias sociales de tener la enfermedad siendo éste un factor preponderante para adoptar un estilo de afrontamiento centrado en la evitación. Sin embargo, en el estudio realizado por Fuster se encontró que no sólo son respuestas negativas las que producen el estigma, sino que en ciertas personas con VIH, se produce un aumento de la resiliencia. Son personas a las

que las experiencias negativas de rechazo percibido, han producido un crecimiento personal reconstruyendo su forma de entender el mundo, a las personas y su sistema de valores y creencias, personas que logran enfrentar el problema de manera directa.

Una explicación sobre los estilos de afrontamiento adoptados por el género masculino es sobre la construcción social de la masculinidad que, desde nuestro punto de vista, es socialmente “fuerte” e individualmente “débil” (Chirinos, Bardales y Segura, 2006) y al enfrentarse a una enfermedad rodeada de estigma aumenta el hecho de tener que enfrentarla solos y seguir manteniendo el constructo social de fortaleza, autonomía y razón ligado al sexo masculino ocasionando mayor estrés y percepción de pérdida de control. Tomando en cuenta que la representación de masculinidad en esta sociedad en cuanto al aspecto natural se refiere a los órganos sexuales y la fuerza física, a partir de ello se forma al niño con el deber de desarrollar fuerza física, control sobre sus emociones y probar que es sexualmente activo (Valdes y Olavarria, 2010), el paciente masculino con VIH/SIDA pierde por su condición la fuerza física que lo debe caracterizar, pierde virilidad al verse privado o controlado al máximo en su sexualidad y pierde su rol social al enfrentarse con la idea errónea, aún latente, de que la enfermedad del VIH/SIDA es exclusiva de personas homosexuales. Como se expuso anteriormente el hombre socialmente debe mostrarse fuerte pero individualmente es débil, por lo que se concluye que al tener tantos componentes estresantes sobre su rol social, es donde pierde el control de sus emociones y no maneja de manera directa la situación personal. Los datos encontrados también concuerdan con lo encontrado por Kleinke (2001) donde revela que los pacientes oncológicos mujeres tienen un afrontamiento centrado en el problema ya que buscan adaptarse a la enfermedad, buscan un sentido a la situación y trabajan en su mantenimiento personal y construcción de autoestima; también encontró

que los hombres tienden a sentir una mayor pérdida de control y toman un sentido fatalista de la situación. (Díaz y Yaringaño , 2010)

Para las mujeres en comparación con el género masculino, no es tan latente su lucha respecto a la sexualidad, ya que el libre ejercicio de ésta se ve como una amenaza a la virilidad asociada a controlar la sexualidad de las mujeres del propio entorno y otras variables que confrontan, refuerzan la expectativa tradicional de debilidad (Grimberg, 2003), sin embargo no deja de ser un problema ya que hace casi nula la posibilidad de que alguna pareja del sexo opuesto se involucre por el temor fundamentado al contagio. También se podría tomar en cuenta el rol reproductivo de la mujer como aspecto directamente atacado al padecer la enfermedad del VIH/SIDA, sin embargo con el transcurrir del tiempo se ha ido aminorando ya que la preocupación se reduce con el conocimiento del poder tomar los tratamientos antirretrovirales que disminuye considerablemente la probabilidad de un contagio vertical. La literatura reporta que son las mujeres quienes utilizan con mayor frecuencia que los varones un estilo de afrontamiento orientado al problema, ya que al momento de tener que enfrentar sus emociones las liberan tomando en cuenta que son más comunicativas, lo cual es una forma efectiva en términos de un ajuste psicológico y calidad de vida, teniendo al cabo de poco tiempo que preocuparse más por el problema en sí. (Ledón et al., 2007)

Si bien se podría pensar que las personas de género masculino no cuentan con una sensibilidad tan desarrollada como el de la mujer, hay que tomar en cuenta que ambos nacen con la misma sensibilidad, incluso con la capacidad de amor maternal, pero esta sensibilidad es desviada a través de la socialización y sus estándares. (Valdes y Olavarria, 2010)



En el caso de las personas con estilo de afrontamiento centrado en la evitación, necesitan ayuda para poder desarrollar otros estilos de afrontamiento ya que como se sabe, el uso de estilos de afrontamiento centrados en la emoción y en el problema son predictores de una mejor calidad de vida (Seidl, Zannon y Troccoli, 2005; Citado por Vargas et al., 2009), ya que ayudan a desarrollar la sensibilidad y aceptación del problema, en este caso la enfermedad del VIH/SIDA, obteniendo una mayor comprensión y acciones adecuadas para su control.

Al ver los resultados en cuanto a los estilos de afrontamiento y ocupación se observa que son las personas desempleadas quienes tienden a adoptar un estilo de afrontamiento centrado en el problema; ya que ellos no están sujetos a los comentario o miedo sobre el hecho que las personas de su entorno laboral o estudiantil puedan observar algún indicio de la enfermedad en ellos y por ende no están expuestos al estigma social tan directamente como aquellas personas con VIH/SIDA que sí está expuesto a situaciones estresantes en relación al tema del estigma donde residen el ocultamiento y la negación. (Chong et al., 2012)

Tomando en cuenta la variable de tiempo de diagnóstico y tiempo en tratamiento se ha encontrado que las personas con la infección VIH/SIDA utilizan estrategias de afrontamiento distintas según el estadio de la enfermedad en el que se encuentren, sin encontrar diferencias significativas entre ellas (Kang, 1999; citado por Flores et al., 2005). Las personas se adaptan a un estado médico asumido aceptando que no es posible realizar acciones para la cura de la enfermedad, sino que en vez de ello siguen las pautas pactadas para el control de ésta, automatizando conductas mientras más tiempo se lleve la enfermedad para mejorar la adherencia al tratamiento, por ello dichas conductas no serían de afrontamiento sino rutinarias. (Galan et al., 2000)

En lo que respecta a la carga familiar apreciamos que aquellos pacientes que cuentan con carga familiar ya sean hijos, padres ancianos, pareja, etc. y los que no cuentan con ninguna carga usan un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, sin embargo se encuentra una diferencia en cuando a la tendencia, observándose que aquellos que si tienen carga familiar podrían orientarse a tener un estilo de afrontamiento centrado en el problema. Tomando en cuenta que ya están cumpliendo con un rol al cual es difícil renunciar por lo que deben tomar las medidas necesarias de forma directa para afrontar el problema y que éste no repercuta en la vida de su entorno. Otra explicación es que las personas con carga familiar pueden contar con el apoyo de algún familiar del cual se hace cargo, pudiendo compartir sentimientos, pensamientos y vivencias acerca de la enfermedad que padecen, aminorando así el nivel de estrés y centrándose en el problema en sí (Brannon, 2001). Esto concuerda con lo dicho por Díaz y Yaringano (2010), ya que indican que existe una relación significativa entre el estilo de afrontamiento centrado en el problema y el tener un buen clima familiar tomando en cuenta el apoyo brindado por éstos, la comprensión ante las necesidades especiales de los pacientes desencadenándose un fortalecimiento de la familia, poniendo en claro que la libre exposición de emociones, el apoyo y la comprensión de la familia incrementan las estrategias positivas.

Al descubrir el estilo de afrontamiento utilizado por las personas en determinada situación no se suele realizar con el fin de predecir criterios afectivos de recuperación o adherencia al tratamiento sino que sirve para atenuar el impacto de algunos efectos estresores, tales como la ansiedad y/o depresión en el momento, es por ello que varias investigaciones apoyan las dudas planteadas por Carver y Sheier respecto a la predicción del comportamiento mediante los estilos de afrontamiento. (Galan et al., 2000)

## Conclusiones

**Primera.** Los pacientes con VIH/SIDA de género masculino utilizan el estilo de afrontamiento centrado en la emoción así como los del género femenino; sin embargo al hacer la comparación del estilo de afrontamiento centrado en el problema entre ambos géneros se observó que el género femenino tiene una mayor tendencia al uso de dicho estilo; comprobándose así la hipótesis planteada.

**Segunda:** La mayor cantidad de pacientes con VIH/SIDA utilizan el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, seguido por el uso del estilo de afrontamiento centrado en el problema.

**Tercera:** De acuerdo a la edad los pacientes con VIH/SIDA en todos los rangos establecidos para dicha investigación coinciden con el uso del estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

**Cuarta.** El estado civil de los pacientes con VIH/SIDA no es una característica que difiera en los resultados ya que en los parámetros que se investigaron coinciden con el uso de afrontamiento centrado en la emoción.

**Quinta.** En cuanto al nivel de escolaridad de los pacientes con VIH/SIDA no existe diferencia alguna ya que todos usan el estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

**Sexta.** Se observa que los pacientes con VIH/SIDA respecto a la ocupación (estudiantes, empleados, independientes, trabajan y estudian) se caracterizan por utilizar el estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Sin embargo los que son desempleados utilizan el estilo de afrontamiento centrado en el problema.



**Séptima.** Según la orientación sexual se observa que los pacientes tienden a utilizar el estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Sin embargo los pacientes heterosexuales tienen una tendencia a utilizar el afrontamiento centrado en el problema.

**Octava.** De acuerdo al tiempo de diagnóstico de los pacientes con VIH/SIDA se observó que en todos los rangos establecidos no hay diferencia puesto que usan el estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

**Novena.** El tiempo de TARGA en los pacientes con VIH/SIDA no es un factor determinante ya que de acuerdo a los resultados en todos los parámetros coinciden con el uso del estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

**Décima.** De acuerdo a la carga familiar de los pacientes con VIH/SIDA se caracterizan por utilizar el estilo de afrontamiento centrado en la emoción sin embargo aquellos que poseen carga familiar tienen tendencia a utilizar el estilo de afrontamiento centrado en el problema.

## Sugerencias

**Primera.** Teniendo en cuenta la importancia del estigma social percibido por las personas con VIH/SIDA y su repercusión en su estilo de afrontamiento se abre puerta a la necesidad de realizar más investigaciones sobre la percepción del estigma en las personas con VIH, sus efectos y formas de afrontamiento para poder facilitar respuestas positivas ante ello.

**Segunda.** Tener a un profesional en psicología en el Consultorio de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA del Hospital Goyeneche, encargado especialmente del tratamiento y acompañamiento emocional de los pacientes con VIH/SIDA y otras ITS para realizar el seguimiento y ejecución de un programa especial para dichos pacientes, cumpliendo con los compromisos éticos y legales necesarios.

**Tercera.** Implementar un programa dentro del Consultorio de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA del Hospital Goyeneche, dirigido especialmente a los pacientes que han sido recientemente diagnosticados con la enfermedad, dentro lo cual estaría el identificar el Estilo de Afrontamiento que está tomando y así poder realizar una intervención adecuada y mejorar la adherencia al tratamiento.

**Cuarta.** Tomar en cuenta el cambio situacional del paciente ya que una estrategia puede cumplir distintas funciones ante cada uno de los casos que compone la situación estresante.

**Quinta.** Sugerimos a futuros investigadores que deseen trabajar con pacientes con VIH/SIDA el no considerar a dicha enfermedad como terminal ya que durante la aplicación de pruebas fueron los mismos pacientes quienes reiteran el considerarla

como una condición clínica que si bien es de por vida la pueden controlar con el respectivo tratamiento.





### Limitaciones

La asistencia de familiares en vez de los mismos pacientes para el recojo del tratamiento antirretroviral.

El aumento de dosis de tratamiento a los pacientes por motivos de viaje ya que en vez de entregar el TARGA por un mes se observó que también hay pacientes que solicitan tratamiento por 2 o 3 meses.



## Referencias

- Brannon, L. y Feist, J., (2001). *Psicología de la Salud*. España: Paraninfo Thompson.
- Cáceres, L. e Hinojosa, J., (2013) *Estilos parentales y de afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el Título Profesional de Psicología
- Carrobbles, J.A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). *Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH*. *Psicothema*, 15, 420-426. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1082>
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la Prueba COPE sobre los Estilos de Afrontamiento en un Grupo de Estudiantes Universitarios de Lima*. Tesis para optar el Título Profesional de Psicología.
- Chong F., Fernández C., Huicochea L., Álvarez G., y Leyva R., (2012). *Estrategias de personas con VIH para enfrentar el estigma asociado al VIH/SIDA. Pacientes del Hospital General de Huixtla, Chiapas*. *Estudios Fronterizos* Vol.13 N°2. Mexico. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-69612012000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-69612012000100002&script=sci_arttext)
- Clark –Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología del diseño experimental al reporte de investigación*. México: Oxford
- Crooks, R. y Baur, K., (2009) *Nuestra Sexualidad*. (10ª). México: Cengage Learning.
- Cuadros, J.L. (2005). *Psicología del Estrés: Afrontamiento y Vulnerabilidad*. México: Universitaria

Díaz, G. y Yaringaño, J., (2010). *Clima familiar y Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos*. Revista IIPSI, Facultad de Psicología UNMSM. Vol 13. pp 69 – 86.

Lima — Perú. Recuperado de  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v13\\_n1/pdf/a04.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v13_n1/pdf/a04.pdf)

Dunkel, C; Feinstein, L.; Taylor, S.; Falke, R. (1992). *Patterns of coping with cáncer* Health Psychology, Vol 11(2), 1992, 79-87. Recuperado de  
<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1992-35771-001>

Eguiluz, L. Gonzales, N. y Lopez, G. (2009). *La metodología cualitativa para conocer los estilos de afrontamiento en laso de VIH*. Journal of Behavior, Health and Social Issues, Vol. 1.pp 67 – 79.

Franco, M., (2014). *Estrategias de afrontamiento de hombres homosexuales de 25-40 años de la asociación gente positiva ante el diagnóstico de VIH/SIDA positivo*. Tesis de grado. Universidad Rafael Landívar. Recuperado de:  
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/05/42/Franco-Monica.pdf>

Flores, E., Borda, M. y Pérez, M.A. (2006). *Estrategias de afrontamiento en varones con sida, con antecedentes de politoxicomanía y en situación de exclusión social*. International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol. 6. pp 285-300. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1983640>

Fuster, M. (2011). *La percepción del estigma en personas con VIH. Sus efectos y formas de afrontamiento*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de: <http://e->



[spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Psicologia-MJfuster&dsID=Documento.pdf](http://spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Psicologia-MJfuster&dsID=Documento.pdf)

Galán, A., Pérez, A., y Blanco, A. (2000). *Análisis Del Uso De Estrategias De Aprontamiento En La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Epoc): Implicaciones Conceptuales*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 5. pp. 179-189. Recuperado de

<http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3897/3752>

Gallar, M. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid, España: Paraninfo Thompson.

Gatell, J. (2000). *Guía práctica del SIDA*. (6º ed). Barcelona, España: Editorial Masson.

Giraldo, C. (2009). *Afrontamiento al estrés y resentimiento en pacientes con tratamiento de Hemodiálisis*. UNSA. Tesis Para optar por el Título de Profesional de Psicología.

Goffman, Erving. (1963) *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall

Grimberg, M. (2003). *Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH*. En: Cuadernos de antropología social, Vol.17. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180913909005>

Haruna, A. y Addurahaman, H. (2014) *Hiv/Aids, Choice of Coping Strategies: Implications for GenderRole Differences*. *International Journal of HealthSciences*. Vol. 2. pp. 75-82. Recuperado de: [http://ijhsnet.com/journals/ijhs/Vol\\_2\\_No\\_2\\_June\\_2014/6.pdf](http://ijhsnet.com/journals/ijhs/Vol_2_No_2_June_2014/6.pdf)

ICASO (2007). *El género, la sexualidad, los derechos y el VIH*. Recuperado de:  
[http://www.icaso.org/publications/genderreport\\_web\\_ESP\\_080505.pdf](http://www.icaso.org/publications/genderreport_web_ESP_080505.pdf)

John, G., Bartlett, M., Ann, K., y Finlbeiner K. (1996). *Guía para vivir con VIH y SIDA*.  
(3° ed). México: Diana.

Lazarus y Folkman, (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez  
Roca.

Ledón, L., Agramonte, A., Mendoza, M., Fabrè, B., Hernández J. y Chirinos, J. (2007).  
*Procesos de afrontamiento en personas con enfermedades endocrinas*.  
RevCubana Endocrinol v.18 n.2 Ciudad de la Habana. Recuperado de  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532007000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000200001)

Llerena, Y. y Valencia, Y. (2002). *Ansiedad y estilos de Afrontamiento en Pacientes  
con Cáncer de Cuello Uterino del Hospital Goyeneche*”. Tesis para optar el Título  
Profesional de Enfermería.

Marks, D. y Murray, M.(2000). *Psicología de la Salud*. México: Editorial Manual  
Moderno.

Mayordomo, T. (2013). *Afrontamiento, Resiliencia Y Bienestar A Lo Largo Del Ciclo  
Vital. Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología*. Universidad de  
Valencia. Recuperado de  
<http://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/29244/tesis%20TMR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministerio Nacional de Salud “MINSA”. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe>

Ministerio Nacional de Salud “MINSA”. Recuperado de <http://giphy.com/gifs/ppk-l396CVrIYVAzxjCIE?status=200>

Muñoz, M. (2012). *Estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, que utilizan mujeres de 50 a 60 años que padecen de cardiopatía isquémica, y asisten a consulta a una clínica privada*. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Munoz-Monica.pdf>

Oblitas, L. (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de vida*. (3º Ed.) México: Thompson.

Ojeda, S. y Martínez, C., (2012). *Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama*. Revista de enfermería Herediana. 2012; 5(2): 89-96. Lima – Perú. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2012/febrero/04%20CANCER%20ODE%20MAMA.pdf>

ONUSIDA. (2014) *Hoja de datos Perú*, recuperado de <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru>

Organización Mundial de la Salud “OMS”. Recuperado de [www.who.int/es](http://www.who.int/es)

Palomo, A. (2013). *Estrategias de afrontamiento que utilizan homosexuales ante la discriminación por preferencia sexual*. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/43/PalomoAdriana.pdf>



Pernas, A., Iraurgi, I., Bermejo, P., Basabe, N., Carou, M., Páez, D. y Cabarcos, A.

(2001). *Formas de afrontamiento y afectividad en personas con VIH/SIDA.*

*Diferencias entre toxicómanos y no toxicómanos.* Adicciones, 13, 393-398

Portilla, Ch., y Vilches, F., (2013) *La Práctica de Investigación en Psicología. Preparación de Tesis, disertación o Artículos de investigación en psicología, de acuerdo a las normas de la APA (6th ed.)* Arequipa-Perú

Psicología y Salud, Vol. 19, 215-221. Recuperado de  
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/631/1100>

Sandín, B. (1994). *Perspectivas actuales en Psicopatología.* Madrid, España: Buendía.

Sausa, M. (2014). *Hay 65.000 personas con VIH, pero solo la mitad tiene diagnóstico.*  
Diario Perú 21. Recuperado de <http://peru21.pe/actualidad/vihsida-contagios-son-mas-frecuentes-entre-personas-15-y-25-anos-2204660>

SIDA y Hepatitis virales. (S.f). *Departamento de infecciones de transmisión sexual,*  
Recuperado de <http://www.aids.gov.br/es/pagina/que-son-los-antirretrovirales>

Stora, B., (1991). *El estrés.* Francia: PressUniversiteires.

Toro, R. y Yepes, L. (2004). *Psiquiatría.* Corporación para Investigaciones Biológicas

Valdés, R. (2012). *El afrontamiento de la enfermedad.* Recuperado de:  
<http://www.emsevilla.es/index.php/noticias-mainmenu-61/56-articulos/2107-lafrontamiento-de-la-enfermedad>

Valdés, T. y Olavarría, J. (1997). *Masculinidad/es. Poder y Crisis. Fronteras y Retos: Varones de clase media en el Perú.* Ediciones de las Mujeres N°24. Santiago de Chile. Isis Internacional. Recuperado de:

[http://www.engagingmen.net/files/resources/2010/EME/Masculinidades\\_poderycrisis.pdf](http://www.engagingmen.net/files/resources/2010/EME/Masculinidades_poderycrisis.pdf)

Vargas, J., Cervantes, M. y Aguilar, J. (2009). *Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos*. Tesis inédita. Universidad Veracruzana, Veracruz, México. Recuperado de: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/Jaime-Ernesto-Vargas-Mendoza.pdf>

Villas, M., Torrico E. y Remesal R. (2012). *Afrontamiento en hombres operados de cáncer de laringe*. Anales de psicología, 2012, vol. 28, nº 3, 753-762. Universidad de Murcia Murcia, España. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723774013>

Yon, Y. (2008). *Estrategias de afrontamiento que utilizan los padres de familia para enfrentar el Cáncer en sus hijos*. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: [http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/05/42/Yon-Veliz-Yasmina/Yon-Veliz Yasmina.pdf](http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/05/42/Yon-Veliz-Yasmina/Yon-Veliz%20Yasmina.pdf)

## ANEXOS



## Anexos 1

### Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE)

#### Instrucciones:

Nuestro interés es conocer **cómo las personas responden cuando se enfrentan a situaciones difíciles o estresantes**. En el presente cuestionario se le pide indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia cuando se encuentra en tal situación.

Seguro que diversas situaciones requieren respuestas diferentes, pero piense en aquellos **QUE MÁS USA**.

Nº		SI	NO
1	Ejecuto acciones adicionales para deshacerme del problema.		
2	Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema.		
3	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema.		
4	Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema.		
5	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron.		
6	Hablo con alguien sobre mis sentimientos.		
7	Busco algo bueno de lo que está pasando.		
8	Aprendo a vivir con el problema.		
9	Busco ayuda de Dios.		
10	Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones.		
11	Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido.		
12	Dejo de lado mis metas.		
13	Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente.		
14	Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema.		
15	Elaboro un plan de acción.		
16	Me dedico a enfrentar el problema y, si es necesario dejo de lado otras actividades.		
17	Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita.		
18	Trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema.		
19	Busco apoyo emocional de amigos o familiares.		
20	Trato de ver el problema en forma positiva.		
21	Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado.		
22	Deposito mi confianza en Dios.		
23	Libero mis emociones.		
24	Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente.		
25	Dejo de perseguir metas.		
26	Voy al cine o miro la televisión para pensar menos en el problema.		
27	Hago paso a paso lo que tiene que hacerse.		
28	Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema.		
29	Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema.		
30	Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto.		
31	Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema.		
32	Converso con alguien sobre lo que me esta sucediendo.		
33	Aprendo algo de la experiencia.		
34	Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido.		
35	Trato de encontrar consuelo en mi religión.		
36	Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros.		
37	Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema.		
38	Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado.		
39	Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema.		

40	Actúo directamente para controlar el problema.		
41	Pienso en la mejor manera de controlar el problema.		
42	Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema.		
43	Me abstengo de hacer algo demasiado pronto.		
44	Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema.		
45	Busco simpatía y la comprensión de alguien.		
46	Trato de desarrollarme como persona a consecuencia de la experiencia.		
47	Acepto que el problema ha sucedido.		
48	Rezo más de lo usual.		
49	Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema.		
50	Me digo a mí mismo: "Esto es real".		
51	Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema.		
52	Duermo más de lo usual.		



## Anexo 2

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**1. Género:**

- a. Masculino
- b. Femenino

**2. Edad:**

- a. Menor de 18 años.
- b. 18 - 27 años
- c. 28 - 37 años
- d. 38 - 47 años
- e. 48 a más.

**3. Estado Civil:**

- a. Soltero (a)
- b. Casado (a)
- c. Separado (a)
- d. Viudo (a)
- e. Otro \_\_\_\_\_

**4. Nivel de Escolaridad:**

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Superior Técnico
- d. Superior Universitario

**5. Ocupación:**

- a. Estudiante
- b. Empleado
- c. Trabajo independiente
- d. Desempleado
- e. Trabajo y estudio
- f. Otro \_\_\_\_\_

**6. Orientación Sexual:**

- a. Homosexual
- b. Heterosexual
- c. Bisexual

**7. Tipo de Contagio:**

- a. Por Transmisión Sexual
- b. Transmisión Sanguínea
- c. Vertical
- d. Otro \_\_\_\_\_

**8. Tiempo de Diagnóstico**

- a. De 0 a 3 meses
- b. De 3 a 6 meses
- c. De 6 meses a 1 año
- d. De 1 año a 3 años
- e. De 3 años a 5 años
- f. De 5 años a más

**9. Tiempo de Tratamiento (TARGA):**

- a. De 0 a 3 meses
- b. De 3 a 6 meses
- c. De 6 meses a 1 año
- d. De 1 año a 3 años
- e. De 3 años a 5 años
- f. De 5 años a más

**10. ¿Cuenta con carga familiar?**

- a. No
- b. Si

(Especificar).....

.....